

Aluna n.º 50491 (FCSH) e n.º 34357 (ISCTE)

Transformação urbana da Colina de Santana: uma abordagem prospetiva

Maria José Costa Rafael

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau
de Mestre em Estudos Urbanos, realizada sob a orientação científica de:**

Orientadora: Professora Auxiliar Doutora Teresa Costa Pinto (ISCTE-IUL) e

Co-orientadora: Professora Auxiliar Doutora Margarida Perestrelo (ISCTE-IUL).

(Julho, 2019)

(versão revista)

Aluna n.º 50491 (FCSH) e n.º 34357 (ISCTE)

Transformação urbana da Colina de Santana: uma abordagem prospetiva

Maria José Costa Rafael

**Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau
de Mestre em Estudos Urbanos, realizada sob a orientação científica de:**

Orientadora: Professora Auxiliar Doutora Teresa Costa Pinto (ISCTE-IUL) e

Co-orientadora: Professora Auxiliar Doutora Margarida Perestrelo (ISCTE-IUL).

(Julho, 2019)

(versão corrigida)

para o meu João

A Forma Justa

*Sei que seria possível construir o mundo justo
As cidades poderiam ser claras e lavadas
Pelo canto dos espaços e das fontes
O céu o mar e a terra estão prontos
A saciar a nossa fome do terrestre
A terra onde estamos — se ninguém atraísse — proporia
Cada dia a cada um a liberdade e o reino
— Na concha na flor no homem e no fruto
Se nada adoecer a própria forma é justa
E no todo se integra como palavra em verso
Sei que seria possível construir a forma justa
De uma cidade humana que fosse
Fiel à perfeição do universo*

*Por isso recomeço sem cessar a partir da página em branco
E este é meu ofício de poeta para a reconstrução do mundo.*

(Sophia de Mello Breyner Andresen (1919-2004)
"O Nome das Coisas", 1977)

Um agradecimento muito especial à professora Teresa Costa Pinto e à professora Margarida Perestrelo pelos conhecimentos, pelas críticas e correções (tão preciosas), pela disponibilidade e paciência durante o período de elaboração deste trabalho: Muito obrigada!

O meu agradecimento também à Célia, à Manuela, à Teresa e ao João onde, cada qual nas suas áreas de amizade e saber, me ampararam quando precisei de ajuda. Um abraço forte de agradecimento!

Quero deixar registado o meu agradecimento a todas as entidades e pessoas que contactei, não só as que entrevistei, que me permitiram saber pormenores sobre a Colina de Santana. Obrigada!

Assim como agradeço também a alguns dos meus colegas da licenciatura de Sociologia (ISCTE) e do mestrado de Estudos Urbanos (FCSH) e à Cristina e ao Marco que têm sempre uma ajuda e uma palavra de apoio quando a eles recorro. Um beijinho!

Resumo

A Colina de Santana é uma das colinas mais centrais de Lisboa e está a desenvolver um processo de regeneração urbana originado, entre outros factores, pela decisão política de encerrar os hospitais existentes no centro da cidade e consequente construção de um novo hospital na zona oriental da Lisboa.

Os edifícios em questão, outrora conventos, correspondem às áreas dos hospitais de São José, Santa Marta, Santo António dos Capuchos e Dona Estefânia. A alteração funcional destes espaços disponibilizará áreas atrativas para o investimento imobiliário. O conhecimento público destes projetos e a polémica que suscitaram, a partir de 2013, levou à organização de debates sobre a necessidade de proteger o património contido nos edifícios hospitalares.

Com o presente trabalho, pretende-se identificar os atores intervenientes no processo de transformação da colina, os desafios e os objetivos estratégicos que identificam e a relação de forças que se estabelecem entre eles. Dada a complexidade da realidade em análise e da incerteza que lhe está associada, considerou-se pertinente aplicar uma metodologia prospetiva de forma a classificar e organizar as variáveis dos sistemas atual e potencial da Colina de Santana. Optou-se por duas etapas do Método dos Cenários, a Análise Estrutural e a Análise de Estratégia de Atores.

A partir da análise estrutural, é possível apurar as variáveis mais importantes do sistema, que compreendem a decisão de encerramento dos hospitais do Centro Hospitalar Lisboa Central, as medidas governamentais e municipais a implementar naquela zona após o encerramento, bem como o Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana.

A partir da análise de estratégia de atores, identificam-se oito objetivos estratégicos, integrados em três desafios estratégicos, sendo que: *Promover ações para preservação do património edificado da colina e Promover ações para preservação do património material e imaterial da colina* traduzem os objetivos com mais mobilização dos atores.

Por outro lado, a relação de forças entre atores - enquanto categoria em análise - permite reconhecer quais são os atores com mais poder de influência no processo, sendo eles a Câmara Municipal de Lisboa, a Assembleia Municipal de Lisboa, o atelier Bruno Soares e a Junta Freguesia Arroios.

Para finalizar, e por se tratar de uma metodologia prospetiva, apresentam-se três possíveis cenários e respetivas hipóteses, para reflexão: i) a manutenção / ou não do Programa Ação Territorial como programa orientador do processo de regeneração urbana; ii) a decisão de encerrar na totalidade, ou só parcialmente os hospitais da Colina de Santana e iii) a transferência de parte do edificado dos hospitais para o Ministério da Saúde ou para a Câmara Municipal.

Os resultados encontrados mostram a possibilidade de os atores trabalharem em conjunto para alcançar os objetivos identificados em comum. Assim, fica a faltar a decisão política principal para que o processo de regeneração urbana da Colina de Santana se desenvolva de uma forma abrangente e integrada.

Palavras-Chave: Colina de Santana, Regeneração Urbana, Análise Estrutural, Estratégia de Actores, Relações de Força.

Abstract

Colina de Santana is one of the most central hills in Lisbon and it's undergoing an urban regeneration process brought about, amongst other factors, by the political decision of closing down the hospitals located in the city centre and the subsequent building of a new hospital in the Eastern side of the city.

The buildings in question, former religious convents, are the hospitals São José, Santa Marta, Santo António dos Capuchos and Dona Estefânia. The functional change of these urban areas will make space for some very attractive real estate investment opportunities. The public knowledge of these projects and the controversy they brought about since 2013 led to public sessions on the need to protect the heritage of the hospital buildings.

The aim of this study is to identify the main stakeholders in the transformation process of the hill, the challenges and the strategic goals they identify and the relation of power among them. Due to the complexity of the reality in question and the uncertainty thus related, it was considered pertinent to apply a prospective methodology in order to classify and organize the current system variables and the potential ones in Colina de Santana. The option was: two stages of the Scenery Method, the Structural Analysis and the Analysis of Stakeholders' Strategy.

By means of the structural analysis it is possible to identify the main system variables, which include the decision to shut down the hospitals of the Centro Hospitalar Lisboa Central, the government and municipal measures due to be implemented in the area after the hospitals' shutdown, as well as the Territorial Action Plan for the Colina de Santana.

From the analysis of stakeholders' strategy we can identify eight strategic purposes integrated in three strategic challenges. *Promoting actions to preserve the heritage built of the hill* and *Promoting actions to preserve the material and immaterial heritage of the hill* translate the purposes with more involvement by the stakeholders.

On the other hand, the relation of power between stakeholders - as a category under analysis - allows the identification of the most powerful stakeholders: Lisbon Municipality, Lisbon Municipal Assembly, Bruno Soares atelier and the local authority of Arroios.

To conclude, and since it is a prospective methodology, three possible scenarios and their respective hypotheses are presented for reflection: i) keeping or not the Territorial Action Plan as the main guideline for the urban regeneration process; ii) the decision to completely shut down, or just partially shut down the hospitals located on the Colina de Santana and iii) move part of the hospital buildings to the Health Ministry or to the Municipality.

The results found show the possibility of all the stakeholders working together to achieve their common goals. Thus, what is lacking is the main political decision so that the urban regeneration process of Colina de Santana can go on in an all-encompassing and integrated manner.

Keywords: Santana's Hill, Urban Regeneration, Structural Analysis, Analysis of Stakeholders' Strategy, Power Relationships.

ÍNDICE

Resumo.....	iii
ÍNDICE	vii
Lista de Abreviaturas:	x
Introdução	1
Capítulo 1 - Enquadramento do Tema, Objetivos e Quadro metodológico	3
1.1 – A pertinência do tema e o objecto do estudo.....	3
1.2 – Enquadramento metodológico.....	5
Capítulo 2 – As políticas urbanas e os processos de regeneração das cidades.....	8
2.1 – As transformações das cidades e os processos de regeneração urbana: o contexto europeu.....	8
2.2 – A regeneração urbana em Portugal	15
2.3 - Os processos de regeneração urbana e a gentrificação	21
Capítulo 3 – Planeamento Estratégico, Marketing Territorial e o novo papel dos atores urbanos	25
3.1 – Planeamento estratégico, competitividade das cidades e marketing territorial	25
3.2 – Identidade e Património	29
3.3 – Ação coletiva e relações entre atores	34
Capítulo 4 – Colina de Santana: passado e presente	44
4.1 Colina de Sant’Ana	44
4.1.1 Delimitação	50
4.4.2 Caracterização Social, Económica e Urbanística da Colina de Santana	52
4.2 O presente na Colina de Santana.....	57
Capítulo 5 – Estratégia de atores do processo de regeneração urbana da Colina de Santana	63
5.1 As Variáveis no processo de Regeneração da Colina de Santana	64
5.2 Atores do processo de Regeneração da Colina de Santana	70
5.3 A análise de conteúdo das entrevistas e construção dos Quadro de Estratégia de Atores	72

5.4 Os Desafios e os Objetivos Estratégicos dos Atores do processo de Regeneração da Colina de Santana.....	75
5.4.1 Análise da relação de forças dos Atores da Colina de Santana.....	78
5.5 Cenários para a Colina de Santana.....	97
Conclusão.....	107
Bibliografia, Fontes e Webgrafia	113
ÍNDICE DE FIGURAS.....	119
ÍNDICE DE QUADROS.....	120
ANEXOS.....	121
Anexo 1- Evolução da regeneração urbana por década e tipo de política.....	122
Anexo 2 – O novo hospital de Lisboa – Hospital Lisboa Oriental (HLO): justificação da construção, localização.....	123
Anexo 3 - O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHLC).....	127
Anexo 4 – Resumo do processo dos projetos para os Hospitais da Colina de Santana, propriedade da Estamo, administrados pelo CHULC	130
Anexo 5 – Linha Cronológica	135
Anexo 6 – Evolução dos acontecimentos.....	136
Anexo 7 - Enquadramento da área da Colina de Santana nos Instrumentos de Ordenamento do Território e outros Programas Nacionais e Municipais.....	150
Anexo 8 – (DEICS) Potencialidades e Tendências na Colina de Santana na Reabilitação Urbana e intervenções Municipais	159
Anexo 9 – Sínteses de Ações do DEICS	160
Anexo 10 – Variáveis do Processo de Regeneração Urbana da Colina de Santana.....	163
Anexo 11 – Matrizes Relação entre Variáveis - Atual e Potencial – Diretas e Indiretas	164
Anexo 11A – Sistema Atual Versus Sistema Potencial Classificação MIC-MAC (dados standardizados).....	172
Anexo 12 – Relação Variáveis Vs Atores	173
Anexo 13 - Lista de Atores entrevistados	174
Anexo 14 - Guião da entrevista.....	175
Anexo 15 – Quadros da Estratégia de Atores.....	176

Anexo 16 – Relação entre Desafios / Objetivos / Variáveis – Motricidade /Dependência do sistema indirecto.....	191
Anexo 17 – Matriz das Relações Diretas entre Atores (MAD).....	192
Anexo 18 – Matriz Atores vs Objetivos - input - posições simples (1 MAO)	193
Anexo 19: Matriz de Relações Diretas e Indiretas entre Atores (MADI)	194
Anexo 20: Índice de Relações de Forças (R_i^*).....	195

Lista de Abreviaturas:

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
AL- Alojamento Local
ARU- Área de Reabilitação Urbana
AML- Assembleia Municipal de Lisboa
BSoares- Atelier Bruno Soares Arquitectos
CML- Câmara Municipal de Lisboa
CML/DPE- Câmara Municipal de Lisboa/ Departamento de Projetos Estruturantes
CHLC- Centro Hospitalar Lisboa Central
CHULC- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
CS- Colina de Santana
CTA- Comissão Técnica de Acompanhamento
Companhia de Jesus- Província Portuguesa da Companhia de Jesus
DGPC- Direcção-Geral de Património Cultural
DGLAB- Direcção- Geral do Livro, dos Arquivos e das Bibliotecas
DRCLVT- Direcção Regional Cultura de Lisboa e Vale do Tejo
DEICS- Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana
Estamo- Empresa Estamo- Participações Imobiliárias, SA.
HCC- Hospital Curry Cabral
HDE- Hospital Dona Estefânia
HD- Hospital do Desterro
HMB- Hospital Miguel Bombarda
HLO- Hospital Oriental de Lisboa
HSM- Hospital de Santa Marta
HSJ- Hospital de São José
HSAC- Hospital de Santo António dos Capuchos
IGESPAR- Instituto de Gestão do Património Architectónico e Arqueológico, I.P.
INMLCF- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
ILobo- Atelier Inês Lobo Arquitectos
IBCP- Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana
INSA- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
ICOM- Comissão Nacional Portuguesa do International Council of Museums
ICOMOS- Comissão Nacional Portuguesa do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios
JFArroios- Junta de Freguesia de Arroios
JFSM Maior- Junta de Freguesia de Santa Maria Maior
JFSAntónio- Junta de Freguesia de Santo António
MS- Ministério da Saúde
Mainside- Empresa Mainside Investments – SGPS, SA
ORU- Operação de Reabilitação Urbana
PIP- Pedido de Informação Prévia
PDML- Plano Diretor Municipal de Lisboa
PPS- Plano Pormenor de Salvaguarda
PPPHO- Plano de Pormenor do Parque Hospital Oriental
PUCS- Plano Urbano da Colina de Santana
PAT- Programa de Ação Territorial
PRA- Programa de Renda Acessível da Câmara Municipal de Lisboa
PUALZE- Plano Urbanização da Avenida da Liberdade e Zona e Envolvente
PL- Patriarcado de Lisboa
UNL- Universidade Nova e Lisboa
ReC - Relatórios e Contas
RFRH- Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
SCML- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
USF- Unidade de Saúde Familiar

Introdução

Lisboa está a passar por um período de transformação urbana intensa em toda a sua área metropolitana, pelas influências não só do ‘fim da crise’, mas do aumento relevante da procura turística. O presente trabalho pretende discutir uma zona da cidade de Lisboa denominada Colina de Santana, na qual se está a desenvolver um processo de regeneração urbana, que surge, numa primeira fase, a partir da divulgação pública de novos projetos para os hospitais que serão encerrados nesta zona da cidade e, posteriormente, pela influência do aumento de turismo na cidade e da necessidade de se adaptar a esta pressão.

Com este estudo, pretende-se perceber quais os atores sociais e quais os objetivos estratégicos correspondentes nesse processo de regeneração em curso, como se relacionam os atores e que relações de força se estabelecem entre eles. O presente trabalho encontra-se organizado a partir de uma *introdução*, *cinco capítulos* e *considerações finais*.

Na *introdução* expõe-se o tema e os conceitos teóricos a desenvolver, que passam pela evolução dos conceitos de regeneração urbana, planeamento estratégico, marketing territorial e pelas relações que se estabelecem entre os atores envolvidos. A metodologia aplicada também é aqui apresentada. As questões que pretendemos ver desenvolvidas no presente trabalho correspondem às relações que se verificam entre os atores, em particular quanto ao seu peso e influência no processo; e a identificação dos desafios e objetivos estratégicos no processo de regeneração urbana da Colina de Santana.

No capítulo 1, é apresentado o tema e os seus objetivos, bem o método utilizado, o Método de Estratégia de Atores, elaborado a partir da análise Estrutural e análise da Estratégia de Atores.

Nos capítulos seguintes, 2 e 3, desenvolvem-se os conceitos que servem de apoio ao estudo empírico levado a cabo. No capítulo 2, houve necessidade de perceber como foram evoluindo as políticas de ordenamento urbano de uma visão tecnicista para uma visão estratégica e cooperativa entre o setor público e o privado. Segundo Roberts

(em Igreja, 2000), as políticas urbanas deverão estar à altura de dar resposta aos constantes desafios criados pelas dinâmicas das cidades.

O capítulo 3 expõe a evolução do planeamento clássico para o planeamento estratégico. Este último “é fundamentalmente um processo adequado à complexidade dos sistemas urbanos, porque não concebe o plano como um produto finalizado, mas sim como um processo em constante avaliação” (Fonseca e Ramos, 2006, em Gomes, 2015). Esta nova postura dos decisores políticos em relação ao planeamento urbano permitiu a integração de atores privados nos processos de pensar a cidade, mas trouxe também a necessidade de conseguir harmonizar o relacionamento e os interesses de cada ator para um bem comum. A valorização das cidades passa também, pela distinção das outras cidades por isso, o marketing territorial surge como apoio à perceção deste processo. Uma das componentes ‘identidade’ das cidades, mas também uma forma de conseguir convergência dos atores para o mesmo fim, é muitas vezes a defesa e a promoção do património existente. Portanto, a ação coletiva tem de ir sendo negociada entre os atores.

No capítulo seguinte, o quarto, dá-se a conhecer a Colina de Santana a partir de um conciso apontamento histórico, desde do séc. XVI ao presente. Aborda também a delimitação e a caracterização económica, demográfica, do edificado e quais os documentos estratégicos que existem e que projetos estão pensados para este território.

No capítulo 5 desenvolve-se a metodologia e apresentam-se os resultados obtidos da Análise Estrutural, na qual se apuram as variáveis principais do sistema, o que permite selecionar os atores e elaborar o Guião de Entrevista. É a partir dos resultados da Estratégia de Atores, que se identificam os desafios e objetivos estratégicos do processo de regeneração urbana que movem os atores, bem como a relação de forças que ocorre entre estes. Identificam-se ainda os objetivos para os quais os atores estão mais mobilizados. Por se tratar de um método prospetivo, formulam-se três cenários possíveis para a prossecução deste processo de regeneração urbana.

Nas *considerações finais*, procura-se concluir de forma reflexiva e, em jeito de súpula, usando a dialética possível entre os dados, a teoria e o observado empiricamente, sugerindo e formulando de forma prospetiva diferentes cenários.

Capítulo 1 - Enquadramento do Tema, Objetivos e Quadro metodológico

1.1 – A pertinência do tema e o objecto do estudo

A regeneração urbana prevista para a Colina de Santana, resulta em grande parte de uma decisão de um anterior Governo, há cerca de dez anos atrás, de encerramento dos hospitais do centro da cidade de Lisboa e da construção de um novo hospital na zona oriental da cidade. Esta decisão é fundamentada pela necessidade de centralização dos serviços de assistência à saúde através de um modelo mais funcional, com melhores acessibilidades, modernizado, melhor equipado e capaz também de prestar um melhor apoio à investigação, principalmente para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde aos utentes do Serviço Nacional de Saúde

Por este motivo, os hospitais de São José, Santa Marta, Capuchos, Miguel Bombarda e Desterro foram vendidos pelo Ministério da Saúde a uma empresa pública denominada Estamo, que gere o património imobiliário do Estado. Quando os hospitais forem desativados, irão surgir espaços generosos com possibilidade de mudança de uso. Os edifícios dos hospitais e as áreas contíguas no interior das suas cercaduras, que outrora foram conventos, constituirão, assim, apetecíveis espaços de investimento imobiliário, dada a sua localização numa das colinas mais centrais de Lisboa.

Este processo de regeneração envolve uma transformação que comporta a reconfiguração espacial e funcional da Colina, forçosamente promotora de mudanças sociais e económicas, que em muito podem alterar as vivências dos moradores trabalhadores e utilizadores da cidade.

Este processo teve o seu período de maior visibilidade pública no ano de 2013, ano em que foram conhecidos os projetos para os hospitais. Foram os debates levados a cabo pela Assembleia Municipal de Lisboa e outras sessões organizadas por diversas entidades que permitiram a divulgação e a tomada pública de conhecimento sobre os projetos elaborados para os espaços dos hospitais, apresentados pela empresa Estamo ao município de Lisboa. A discussão à volta deste tema trouxe para conhecimento público

as diferentes perspetivas de parte da população, de muitas entidades e dos atores envolvidos neste processo.

Dada a complexidade deste contexto, a diversidade de atores e a incerteza associada a este processo, o presente trabalho visa compreender: *Quais os atores com mais influência e em que áreas?; Para que objetivos estes atores estão mais mobilizados?; e Que relações de força se estabelecem entre os atores envolvidos no processo de regeneração urbana da Colina de Santana?*

Neste processo de regeneração urbana procura-se também explorar as discussões implicadas em torno do acesso à saúde, a preservação do património material e imaterial, a alteração da morfologia da economia local, a possível alteração da estrutura populacional local, assim como na questão da acessibilidade à Colina de Santana.

Para melhor compreender o processo que está a decorrer nesta colina vão ser abordadas as transformações das cidades na Europa e em Portugal e a evolução do conceito de regeneração urbana, bem como apontadas algumas consequências deste tipo de políticas urbanas, nomeadamente o fenómeno da gentrificação.

Também a alteração da visão de planeamento urbano clássico para o planeamento estratégico e a introdução do marketing territorial, para promover a competitividade entre as cidades será abordada. A valorização das cidades pode surgir da proposta de criação/ afirmação de identidade dos locais, através do património e da sua preservação. Nesta nova prática de planear as cidades foram introduzidas as parcerias. Estabelecem-se, assim, novos contatos e a necessidade de cada ator em negociar os seus interesses, mas na construção de um bem comum.

1.2 – Enquadramento metodológico

O presente trabalho alia dois modelos analíticos: um qualitativo a um modelo quantitativo, pelo que foi utilizado um conjunto de técnicas de recolha de informação que se procuraram adequar a cada contexto social e a cada etapa da pesquisa.

A necessidade inicial de conhecer o território, a sua delimitação, a demografia, bem como as suas dinâmicas sociais, culturais e económicas, promoveu tanto visitas, como uma pesquisa bibliográfica intensa. Esta última dividiu-se em duas áreas distintas, a *parte* histórica e a *parte* de documentação técnica.

A pesquisa histórica deve-se sobretudo à necessidade de compreender e enquadrar a importância patrimonial que esta zona da cidade teve para a evolução e desenvolvimento de Lisboa, bem como da história da saúde a nível nacional. A investigação sobre cada hospital, bem como sobre outros edifícios importantes integrados nesta colina, foi uma descoberta surpreendente, suportada de um conhecimento tão motivador, como difícil de integrar neste trabalho dada a sua elevada densidade. Cada um dos edifícios detém particularidades patrimoniais e históricas únicas tendo sido fundamental o seu resumo, não resistindo a investigação no entanto, à necessidade de ficar registada a importância de cada um dos hospitais e respetivas áreas, que se encontram no cerne de todo este processo de regeneração da Colina de Santana, reforçando a pertinência e a definição do objeto de estudo do presente trabalho.

Na pesquisa de documentação técnica foram analisados os seguintes documentos: Projeto Urbano da Colina de Santana, Documento de Intervenção Estratégico da Colina de Santana, Relatório Final Programa de Ação Territorial da Colina de Santana, Volume 1: Contributo da Estamo para a Proposta de PAT, (fundamentais para apresentar a delimitação da CS, conhecer o território agora estudado em termos de edificado, população residente, economia local, património existente, etc.) Outros documentos analisados relevantes para a pesquisa apresentam o resumo dos Debates¹ da AML, debates estes que permitiram que o assunto fosse divulgado junto da população e de diversas entidades, que, de outra maneira, não teriam tido acesso à informação. Foram analisados muitos outros documentos, como: despachos,

¹ Relatórios Finais da Assembleia Municipal Lisboa-Debates sobre a Colina de Santana – Volumes I e II.

deliberações, propostas e notícias, que possibilitaram a esquematização das diferentes observações e factos num alinhamento cronológico iniciado com a intenção de encerrar os hospitais da Colina de Santana e de construir um novo hospital em Lisboa oriental.

Foi elaborada uma entrevista exploratória que em muito ajudou a consolidar alguns temas para a pesquisa documental pela apreensão de novos atores / entidades (Quivy e Campenhoudt)², que passaram a integrar este processo de regeneração.

Este processo de regeneração envolve uma transformação que comporta a reconfiguração espacial e funcional da Colina, forçosamente promotora de mudanças sociais e económicas que em muito podem alterar as vivências dos moradores, trabalhadores e utilizadores desta zona da cidade.

As visitas ao território tiveram início há dois anos, não só para conhecimento dos edifícios hospitalares (ex-conventuais) e suas histórias, mas também para observação dos limites físicos das áreas dos hospitais e do património que possuem. Foram realizadas visitas guiadas: Hospital de São José; Hospital de Santa Marta; Hospital Santo António dos Capuchos; visita sem guia ao Hospital Miguel Bombarda e ao Museu da Saúde.

A informação recolhida sustenta e municia o método utilizado: o Método dos Cenários que surge da teoria dos jogos e da análise sociológica das organizações, apresentado por Michel Godet e sua equipa, na década de 90. De orientação prospetiva, este método comporta várias etapas, tendo-se optado pela utilização de duas: a Análise Estrutural, através da utilização do programa MICMAC - Matriz de Impactos Cruzados, Multiplicação Aplicada a uma Classificação e a Análise de Estratégia de Atores, através da ferramenta MACTOR (Método ACTtores, Objetivos e Relações de Força).

Na Análise Estrutural com a informação trabalhada, encontra-se um conjunto de variáveis atuais e potenciais, a partir das quais é produzida uma matriz de influência entre cada uma das variáveis, relacionada com todas as outras. Após a aplicação no

²“(…) revelar determinados aspetos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, complementar as pistas de trabalho sugeridos pelas leituras.” (Quivy e Campenhoudt, 1995, p. 69).

programa MICMAC permite-se obter os conjuntos de variáveis consideradas determinantes para responder às questões suscitadas, organizar a informação e posteriormente elaborar o guião da entrevista.

Esta sistematização reforça a escolha dos atores envolvidos, já que a informação obtida permite perceber a orientação para as temáticas mais importantes, conduzindo aos atores mais determinantes neste processo.

A fase seguinte às entrevistas corresponde à transcrição e análise dos conteúdos e à construção dos Quadros de Estratégia de Atores, nos quais são identificados os objetivos, meios de ação, obstáculos de cada ator e as expectativas que cada ator tem em relação aos outros atores.

A partir das sinopses das entrevistas são obtidos os principais Objetivos Estratégicos dos atores, dos quais serão delineados os Desafios Estratégicos. Com base nesta informação são construídas duas novas matrizes de Atores *versus* Atores e Atores *versus* Objetivos, que, após a observação dos resultados do programa MACTOR permite identificar as relações de forças entre os atores, bem como selecionar os atores mais mobilizados para a concretização dos objetivos estratégicos e identificar quais os objetivos mais mobilizados no processo de regeneração da Colina de Santana.

A partir desta informação tentaremos colocar algumas questões sobre problemáticas que, num futuro próximo, terão de ser pensadas para avançar com este processo de regeneração urbana.

Capítulo 2 – As políticas urbanas e os processos de regeneração das cidades

A transformação das cidades deu-se sobretudo com a industrialização, grande promotora do aumento desordenado da população, bem como a falta de condições de habitabilidade. O Estado que planeia a organização do território, em época de crise, deixou de conseguir fazer essa gestão e adotou políticas de regeneração urbana nas quais são aceites parcerias não só públicas, como privadas. Estes processos de regeneração urbana têm vindo ao longo do tempo, a reformular o próprio conceito, assumindo cada vez mais importância a negociação entre os atores sociais transformadores do espaço, a questão ambiental e a sustentabilidade das zonas urbanas. Este capítulo procura constatar parte dessas dinâmicas que tornam as cidades organismos de adaptação às transformações sociais procedidas da atividade humana.

2.1 – As transformações das cidades e os processos de regeneração urbana: o contexto europeu

A industrialização, iniciada em grande escala no século XIX, levou à fixação das grandes fábricas junto das cidades, sobretudo das portuárias, traduzindo-se estas como os principais focos de irradiação do modelo fordista. Este facto levou a que houvesse uma maior concentração de mão-de-obra junto das cidades, constituindo-se como mercado por excelência para escoamento de produtos e local de concentração de comunicação terrestres, fluviais ou marítimas. A revolução técnica induziu novas relações com o trabalho, gerando novas profissões e provocando em simultâneo um aumento demográfico urbano, dada a população deslocada das zonas rurais (êxodo rural) em busca de oportunidades que lhes permitissem melhorar a sua qualidade de vida.

Esse processo, descrito por exemplo por Durkheim (1893), estabeleceu num curto espaço de tempo uma nova divisão social do trabalho, levando a uma maior dinâmica na rede de relações económicas e sociais, provocando alterações significativas

na estratificação social dessas sociedades e criando os primeiros grandes desafios à gestão das cidades.

Esta primeira revolução industrial marcou para sempre as cidades, alterando-as principalmente ao nível da suburbanização com bairros de baixa qualidade habitacional. As primeiras interações do estado no setor do alojamento, na Europa, surgem no séc. XIX após constatação da “pobreza resultante dos processos de industrialização era bem diferente da pobreza anterior e trazia consigo penalizações ao funcionamento económico, político da sociedade.” (Guerra, Pinto e Dulce, 2001, p.55)

A conjuntura económica europeia e mundial sofreu um conjunto de alterações no período pós fordista “correspondente à fase ascendente do ciclo económico, reproduzia uma organização do espaço em que: o desenvolvimento incidia prioritariamente nos grandes centros urbanos-industriais, nos quais a tecnologia moderna se exercia em grandes unidades beneficiando economias internas (...) e externas” (Mendes, 2013 p.39), culminando numa crise à entrada da década de 70, do século XX. Com uma procura muito superior à oferta, originada pelo crescimento económico, o preço do petróleo quadruplicou em três anos, o que provocou sérios problemas de inflação nos países industrializados levando a acentuadas quebras nas receitas das empresas, obrigando-as a racionalizarem-se para baixar os custos de produção, a inovar e a dispensar mão-de-obra. As necessidades de renovação e de revitalização das cidades colocam-se com mais insistência no último quartel do séc. XX, com o envelhecimento de zonas de construção massiva no pós-guerra ou com o declínio das velhas zonas industriais e portuárias características das fases de industrialização pesada.” (Guerra, 2006, p.16)

Em Londres, os subúrbios cresceram entre as duas guerras, já nos Estados Unidos, o processo de suburbanização atingiu o auge nos anos 50 e 60, com taxas de crescimento de 10% para zonas centrais das cidades, e de 48% nos subúrbios.

Na década de 70 do século XX, deu-se, assim, início a um processo de desindustrialização do qual resultaram espaços devolutos ou em declínio nas cidades e em seu redor, tornando-se premente a transformação desses espaços urbanos através de medidas de requalificação.

Como refere Roberts (em Igreja, 2000), as políticas urbanas deverão estar à altura de dar resposta aos permanentes desafios imprimidos pelas dinâmicas das cidades já que os seus processos evolutivos assentam num alargado conjunto de escolhas que determinam a vida em todos os domínios das sociedades.

“A regeneração urbana surge como resposta ao problema de elevada suburbanização e crescente abandono de áreas onde crescem sítios devolutos e abandonados.” (Oliveira, 2014, p.9). Surge uma nova forma de assumir a cidade e de a pensar tendo em linha conta um conjunto de factores que até aí não haviam sido considerados. Essa nova forma de abordar o espaço urbano passa a assumir preocupações ao nível ambiental, social, do uso do espaço público e de sustentabilidade económica (Robert e Sykes, 2000, em Oliveira, 2014, p.6). Implementam-se então, um pouco por todo o mundo ocidental, medidas distintas, de acordo com cada contexto, onde o conceito de regenerar a cidade passa a ser aplicado de forma mais integrada.

Conforme considera Igreja (2016), a regeneração urbana³ é desenvolvida principalmente em países onde existe “declínio urbanístico, socioeconómico e ambiental de antigas áreas industriais” e onde há maior intervenção do Estado Providência (países do centro e norte da Europa).

A evolução destas iniciativas depende da evolução dos problemas sociais e urbanísticos ou do entendimento que cada país tem desses problemas. Este processo abarca de forma integrada factores e processos resultantes das fragilidades dos territórios urbanos em crise. Desses factores, Roberts aponta quatro como sendo os decisivos e que levam à promoção do processo de regeneração urbana: “1. Transição económica e alteração no emprego (derivados do processo de desindustrialização, mercado de trabalho inapropriado, etc.); 2. Questões sociais e comunitárias (devido à emigração, declínio comunitário, etc.); 3. Obsolescência física (devido à degradação do edificado e zonas como os centros das cidades, infraestruturas antiquadas, etc.); 4. Degradação da qualidade ambiental (devido aos factores acima enunciados)” (Roberts 2000, em Igreja, 2016).

³ Anexo 1 – Quadro com evolução da regeneração urbana por década e tipo de política. (Adaptado de Robert; Sykes, 2000, em Mendes, 2013, p.39)

Para Luís Mendes, “o processo de reabilitação urbana abrange um vasto leque de intervenções que pode ir desde (1) a simples recuperação do edificado e dos espaços públicos ou (2) uma estratégia de carácter social assistencial dirigida a problemas específicos de grupos que são socioespacialmente marginalizados e segregados, até a (3) ações mais abrangentes de revitalização social e económica.” (Mendes, 2013, p.35)

Segundo Couch, 2003 (em Oliveira, 2014), o conceito de regeneração urbana está relacionado com um conjunto de políticas que procuram a requalificação de espaços abandonados e vagos (terrenos e edifícios) e que podem ter um uso benéfico para criar empregos, melhorar o meio ambiente e combater um conjunto de problemas urbanos.

A designação “regeneração urbana”, segundo Fidalgo, “começou a ser utilizada em documentos oficiais, pelas primeiras vezes na Europa, no início dos anos setenta. Em 1975, o município inglês de Merseyside publica um relatório no qual utiliza o termo regeneração. Este foi apresentado como uma estratégia que implicaria um investimento de forma a melhorar o ambiente e a tornar mais atrativa a envolvente, encorajando a dinamização económica e habitacional das zonas urbanas degradadas. Esta nova estratégia seria também utilizada como forma de restringir a expansão dos limites da cidade (Couch et al, 2011).” (Couch et al, 2011, em Fidalgo, 2012). Desde então, diversos programas se sucederam nos países com maior participação na Segunda Guerra Mundial. Para Couch (1990), o processo de “regeneração urbana” resulta da ação dos Estados e das comunidades locais quando “procuram trazer de volta o investimento, o emprego e o consumo como forma de melhorar a qualidade de vida⁴ numa área urbana” (Couch 1999, em Fidalgo, 2012).

⁴ “O conceito de qualidade de vida urbana desenvolveu-se, como de resto, o da própria qualidade de vida, como um *efeito de consciência*, das consequências não desejadas provocadas pelo desenvolvimento económico, pela industrialização incontrolada e pelo crescimento caótico das cidades; consciência que só é permitida pela melhoria dos níveis de vida e de formação. (...) alteração das mentalidades e dos modos de vida que se traduz numa valorização das condições que proporcionam um aumento da qualidade de vida. E se as preocupações com a qualidade de vida, com o bem-estar se restringiram, numa primeira fase, às categorias mais elevadas, rapidamente se estenderam a categorias mais populares que começam a fazer reivindicações nessa matéria. (...) Até ao fim dos anos sessenta, os discursos permaneciam vagos e os objetivos qualitativos das políticas urbanas apareciam como periféricos ou marginais. (...) década de setenta, informações, estudos sobre as condições de vida urbanas, a proteção do meio ambiente, discursos políticos se multiplicam tendo como tema dominante a qualidade ambiental e do quadro de vida urbana dos indivíduos. A evolução económica, mas também a das mentalidades, aspirações e estilos de vida contribuíram fortemente para criar um clima de debate sobre as condições de vida e a qualidade de vida

Na década de sessenta, as soluções “aplicadas no pós-guerra tinham-se limitado a alterar a localização e forma de manifestação dos problemas urbanos (...). A abordagem mais participativa e descentralizada do modelo governativo, a movimentação da população para zonas periféricas, bem como a grande insatisfação em torno da reconstrução dos *slums*⁵ conduziram a uma série de ajustes na política. No campo da política urbana, estes ajustes resultaram numa maior preocupação em melhorar e renovar, ao invés de reconstruir, e começou a ser visível uma coordenação entre os ramos económico, social e físico da política, que indiciavam sinais de declínio.” (Roberts, 2000, em Igreja, 2016)

De acordo com Bestwixk e Tsenkova (2002) (em Igreja, 2016), em Inglaterra, em 1968, um programa defendia o acesso a fundos nas zonas críticas, fruto do declínio industrial (Fordista) e as cidades de Londres, Liverpool e Bristol (cidades-porto) desenvolveram projetos de regeneração urbana, substituídos mais tarde (1978) por outros com maiores preocupações económicas e sociais.

Segundo Bestwixk e Tsenkova (2002) (em Igreja, 2016), só nos anos oitenta do século XX, quando as indústrias saíram do centro para as periferias das cidades, surgiram as parcerias mais concretas entre o setor privado e o setor público.

No entanto, é na década de noventa que se consolidam as abordagens urbanas através das parcerias (Stakeholders) que surgem associadas ao conceito de regeneração, dada a insuficiência de verba dos Estados. McDonald et al (2009) consideram que os projetos de regeneração urbana teriam de ter uma “abordagem de *Botton-up* criada para gerar capital social e encorajar a autonomia das comunidades.” (McDonald et al, 2009, em Igreja, 2016, p.25)

sobretudo nas cidades, o que, num efeito de generalização, acabou por ter reflexos na orientação das preocupações políticas em relação aos problemas de protecção, salvaguarda, melhoramento do meio ambiente e das condições de vida urbana.” (Pinto, 2004, p.103).

⁵ *Slum* é uma área com acesso deficiente a condições mínimas de saneamento, carência de infra-estruturas nomeadamente rede de água potável, má qualidade estrutural das habitações, sobrelotação e insegurança generalizada (UN-HABITAT, 2007). Em Inglaterra as áreas designadas a *slum* clearance foram resultado do Town and Country Planning Act, de 1947 (Roberts, 2000) que exigia a desocupação e o despejo da população que habitava os *slums*, no sentido de demolir e posteriormente reconstruir essas zonas de raiz. (Igreja, 2016).

A percepção da necessidade de regeneração urbana é disseminada pelas entidades ao nível europeu, nacional e local, apesar de não existirem políticas na União Europeia com autoridade no Ordenamento do Território de cada Estado membro. A distribuição dos fundos com orientação para certas áreas de desenvolvimento urbano tem permitido condicionar os países nas questões ambientais, na promoção e melhoramento de espaços públicos, nas alternativas à mobilidade com combustíveis menos poluentes, de entre outros exemplos.

A União Europeia assume a importância do papel das cidades, nomeadamente, através de políticas de coesão, desde a década de noventa do séc. XX⁶. Assume também a responsabilidade de elaborar instrumentos para habilitar os Estados a um melhor desenvolvimento das políticas públicas urbanas. Assim, no início da década de noventa do século XX, inúmeras ações ao nível das políticas públicas da União Europeia procuraram promover o planeamento urbano como são os casos do Livro Verde (1990) que tornou normativo um conjunto de questões ambientais; os UPP (Projetos Urbanos Pilotos – 1990), vocacionados para os Centros históricos, privação social e económica, uso do solo, abandono de áreas industriais, trânsito e degradação de edifícios; as Agendas 21 Global e Agenda 21 Local apresentadas nas Nações Unidas (1992) com conteúdos relativos ao próximo século em várias áreas; os Programas URBAN I e URBAN II (1994 – 1999) com metas ambientais, regeneração urbana, pobreza, isolamento e coesão das áreas periféricas; a Conferência de Aalborg (1994) uma carta assinada pelas cidades europeias com o compromisso de cumprimento das Agendas 21, e das Conferências Europeias de Cidades Saudáveis (1994); a Declaração de Hannover (2000) avaliou os progressos das conferências sobre cidades sustentáveis; a Cooperação Territorial Europeia e o desenvolvimento sustentável urbano são promovidos através dos programas URBACT I, II e III (2003 a 2020); O acordo de Bristol⁷ (2005) afirma o papel essencial das cidades e a centralidade dos objetivos de crescimento económico, inclusão e justiça social, desenvolvimento sustentável e resposta aos desafios de segregação espacial e define oito características de uma comunidade sustentável: activa, inclusiva e segura; bem gerida; bem ligada; bem servida; sensível ao ambiente; próspera; bem desenhada e construída; justa para todos.

⁶ Relatório – *Cidades de Amanhã – Desafios, visões e perspectivas*. União Europeia- Política Regional, Outubro, 2011;

⁷ <http://www.forumdascidades.pt/content/acordo-de-bristol-2005>

A Carta de Leipzig (2007) propõe um desenvolvimento integrado, com estratégias de reforço da competitividade, nos espaços públicos nos problemas de exclusão social, mobilidade, envelhecimento e alterações climáticas; a Declaração de Toledo (2010) insiste num modelo de regeneração urbana integral promotor da coesão social e da integração; a Declaração de Riga (2015) promove a necessidade da resolução de problemas europeus comuns em prol da coesão territorial.

Como se pode avaliar por estas e outras iniciativas públicas, a atenção da Europa passou a incidir sobre a promoção de uma regeneração mais auto-sustentável, com o alargamento da decisão / responsabilidade do poder local, baseada em soluções integradas e de incentivo às parcerias, estimulando o acesso a financiamentos com orientações de sustentabilidade e de coesão social. Há, no entanto, vários conceitos convergindo todos para o objetivo de intervenção nas zonas urbanas, utilizando-se um ou mais dos R's na lógica de intervenção urbana, dadas as especificidades de cada contexto (*Regeneração, Reabilitação, Requalificação, Revitalização, Recuperação, Reconversão e Renovação*)⁸.

Tendo em conta as variações e desdobramentos a que o conceito se permite, a União Europeia (UE) procurou definir um denominador comum para criar um entendimento único do conceito de regeneração urbana e, nesse sentido, foi assinada em

⁸ *Renovação* urbana – intervenção nas habitações, acessibilidades e infra-estruturas, através da demolição do edificado e substituição por construção nova, que transformam o local com melhor habitação e novas atividades económicas (Guerra, 1992, em Igreja, 2016, p.15). *Reabilitação* urbana – readaptação do tecido urbano com novas funcionalidades (habitação, equipamentos e infra-estruturas), no qual o seu desenvolvimento é multidisciplinar, introduz novas metodologias, parcerias e participação. *Requalificação* urbana – incide nos equipamentos e infra-estruturas e na valorização do espaço público com medidas de dinamização social e económica, promotoras de valorização patrimonial, cultural, paisagística e social da área, ao nível (Guerra, 2006, em Alves 2010). *Revitalização* urbana – intervenção de forma integrada pode assumir programas de incentivo (métodos de planeamento estratégico). Trabalha com a população e admite atividades para dar nova dinâmica à zona numa intervenção a médio e longo prazo, baseando-se numa visão global de acordo com Guerra (2005) e Ribeiro (2015). *Recuperação* urbana – dirigida ao edificado na sua vertente da preservação, restauro de monumentos ou edifícios antigos (Moreira, 2007, em Ribeiro, 2015, p.24). *Reconversão* urbana – quando é necessário alterar as funções urbanas, ou seja dar novos usos a locais desativados. De acordo com Castanheiro, 2012 (em Ribeiro, 2015), estes processos deverão entender em primeiro lugar a história urbana local, a topografia, a cultura e o estilo de vida da população. *Regeneração* urbana – tem o enfoque na questão sustentável e num planeamento estável, através de ações delineadas conjugando as áreas sociais, económicas, culturais, de espaço públicos e do edificado organizado entre vários atores privados e públicos (Cocharne, 2007; Tallon, 2010 in Mendes, 2013, em Ribeiro, 2015, p. 24).

2010 a *Declaração Toledo* na qual, de acordo com Igreja (2016), os Ministros da UE apresentaram um entendimento geral do conceito, concebendo a regeneração urbana como um processo planeado, assumindo uma visão mais holística da cidade, um organismo com componentes a necessitar de equilibrar a sua complexidade ao nível das suas estruturas sociais, económicas e urbanas, visando estimular uma maior eco-eficiência ambiental.

De acordo com Fidalgo (2012), a regeneração urbana deve ser uma ferramenta de combate ao crescimento dos limites da cidade, evitando assim a crescente ocupação e uso do solo, os problemas de impermeabilização, a destruição da estrutura ecológica e outros de cariz ambiental.

2.2 – A regeneração urbana em Portugal

Tal como em outros países, em Portugal, durante muitas décadas, as cidades desenvolveram-se baseadas na promoção de construção nova para habitação, para indústria e comércio. A consciência da necessidade de mudança na visão de desenvolvimento das cidades desde sempre foi constatada, mas só a última crise, no final da primeira década do séc. XXI, levou à mudança de legislação e das práticas quase generalizadas de construção nova. “Depois de, ao longo das últimas décadas, se ter expandido exponencialmente o parque habitacional com novas construções, eis que se tomou consciência dos gravíssimos prejuízos desta orientação e se opta, tanto a nível de governo, como dos responsáveis pelos principais centros urbanos, por políticas que procuram inverter a situação (Pereira, 2005, p.78).

A partir dos anos 50 séc. XX, em Portugal, foram promovidas novas experiências e visões do ordenamento do Território através de três Planos de Fomento Nacional⁹. Vários programas foram sendo apresentados com orientação para a conservação do edificado particular. O Programa Especial para a Reparação de Fogos ou Imóveis em Degradação (PRID¹⁰) surge da necessidade de conservação do edificado

⁹ O I Plano de Fomento foi aplicado entre 1952 e 1958, o II Plano entre 1959 e 1964 e o III Plano entre 1968 e 1973. O IV Plano de Fomento Nacional coincidiu com o período em que se deu a Revolução de 25 de Abril de 1974 e não veio a ser aplicado (Silva, 2011, em Igreja, 2016, p.33).

¹⁰ O PRID era financiado pelo Fundo de Fomento da Habitação e destinava-se "à concessão de empréstimos e subsídios para obras de reparação, conservação e beneficiação do património habitacional

particular no mercado de arrendamento. Integrada em parte nas medidas resultantes dos programas da União Europeia (da qual Portugal faz parte desde 1986) e das Diretivas comunitárias a eles inerentes, já nos anos 90, a orientação das políticas urbanas passa não só, pela melhoria do edificado, como pela promoção da qualidade de vida, da coesão social, e da qualidade ambiental.

No início do século XXI, no Plano Nacional de Desenvolvimento Económico e Social (PNDES), sobre a melhoria do ambiente urbano eram propostas intervenções integradas em várias áreas setoriais (urbanismo, transportes, energia, habitação, ação social, saúde e telecomunicações) exigindo-se participações públicas e privadas. Deste plano, resultou o Programa de Requalificação Urbana e Valorização Ambiental (POLIS¹¹) (Igreja, 2016, p.35) que apoiava as iniciativas que permitissem a qualificação urbanística e ambiental das cidades e promovia iniciativas centradas em torno de Cidades Verdes, Cidades Digitais, Cidades do Conhecimento, e do Entretenimento e Cidades Intergeracionais. Em 2004, é aprovado um regime excepcional de reabilitação urbana para zonas históricas e áreas críticas de recuperação e reconversão urbanística e no mesmo diploma surge a primeira referência às Sociedades de Reabilitação Urbana (SRU) cujos objetivos eram os de desenvolver e promover economia local, revitalizar o espaço público e dinamizar o turismo, cultura, lazer (Igreja, 2016, p.37).

A aposta no conceito de regeneração urbana é defendida pelo Observatório de Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ORLVT) e “(...) entendida nas suas vertentes física, social, económica e ambiental, exige uma forte intervenção na reabilitação do espaço público e do património edificado, bem como na criação e modernização de equipamentos coletivos, essenciais na revitalização de áreas despovoadas, desvitalizadas e desqualificadas das cidades” (ORLVT, 2015, p.1, em Igreja, 2016, p.4).

nacional público e privado, urbano e rural, incluindo as relativas à ligação às redes de abastecimento de água e eletricidade e esgotos” (MHUC, 1976a, p. 2240, em Igreja, 2016, p. 33).

¹¹ Os principais objetivos específicos do Programa POLIS foram: Desenvolver grandes operações integradas de requalificação urbana com uma forte componente de valorização ambiental; Desenvolver ações que contribuam para a requalificação e revitalização de centros urbanos, que promovam a multifuncionalidade desses centros e que reforcem o seu papel na região em que se inserem; Apoiar outras ações de requalificação que permitam melhorar a qualidade do ambiente urbano e valorizar a presença de elementos ambientais estruturantes, tais como frentes de rio ou de costa; Apoiar iniciativas que visem aumentar as zonas verdes, promover áreas pedonais e condicionar o trânsito automóvel em centros urbanos (PCM, 2000, p. 2113) (Igreja, 2016, p. 36).

O exemplo do processo de requalificação urbana e social da EXPO'98-Exposição Internacional de Lisboa teve uma forte influência nas políticas urbanas em Portugal. De acordo com a Presidência do Conselho de Ministros (em Igreja 2016, p.34), a experiência da EXPO teve um impacto considerável a nível nacional ao contribuir para uma mudança de paradigma relativamente à qualidade do espaço urbano e à valorização das suas componentes ambientais.

Já em 2011, a Confederação Empresarial de Portugal (CIP) apresentou um estudo de promoção da Regeneração urbana das cidades. Como constata Igreja (2016, p.13), a CIP sugeriu propostas para que os investidores privados, contrariamente ao anteriormente defendido por muitas entidades, apostassem nos centros urbanos porque existia uma “elevada dependência da economia portuguesa face ao setor da construção e do imobiliário (...) contribuindo diretamente para o aumento do desemprego, do défice público e para o reduzido crescimento económico” e propunha que os empresários destes setores orientassem a sua atividade para a regeneração das cidades, para a requalificação de bairros e para a reabilitação de edifícios”.

Na Resolução do Conselho de Ministros n.º 48/2015, 15 de Julho, é referido que é “urgente uma aposta na regeneração urbana, que passa por repovoar os centros antigos, recuperar o seu edificado, revitalizar as suas actividades económicas e rejuvenescer a sua população” (PCM, 2015^a, p.4831, em Igreja, 2016, p.4).

Os conceitos de regeneração e de requalificação urbanas, pelo menos em Portugal, têm as mesmas características (Igreja, 2016, p.16). Mendes (2014, p.490) também reconhece que “associado ao conceito de reabilitação surge também o de requalificação (...) ” porque qualifica a zona melhorando as condições físicas dos edifícios e espaços urbanos com a possibilidade de alterar os usos iniciais existentes, devido às necessidades das diferentes época.

Moreira refere que, apesar de ser mencionado nas políticas de planeamento urbano, não é clara a definição “em Portugal e no resto da Europa ocidental (só) se começaram a ter registos da utilização da regeneração urbana nas décadas de oitenta e noventa”. Este autor refere também que tanto os órgãos governamentais como a comunicação social utilizavam diversos termos (revitalização, renovação, requalificação

e renascença) para se referirem à regeneração urbana (Moreira 2007, em Igreja 2016, p.14).

A definição das respostas do Estado a estas áreas críticas sobre o objeto de intervenção de políticas públicas, em linha com Herbert e Thomas (1990) e Mc Gregor (2003), em Alves (2010, p.17) resume que “são iniciativas políticas que combinam duas abordagens essenciais na luta contra a desvantagem: a atividades que visam a regeneração da área e os programas dirigidos para indivíduos e grupos de indivíduos em risco”. Outros autores consideram que são “respostas indiretas para problemas sociais” (Spicker, 1995), ou seja, com estas medidas o Estado responde a situações de crise e, no entender de Avenal (2004) e Silver *at al* (1995), foram estas situações de crise, provenientes de movimentos com pendor de violência urbana, que colocaram na agenda política as áreas urbana em dificuldade, promovendo o surgimento da regeneração urbana “embora já tivessem existido movimentos de contestação social anteriores (...) o casamento das políticas urbanas com as políticas sociais viria a evidenciar uma maior impacto nas países onde os movimentos de violência juvenil nos bairros de habitação social foram mais manifestos.” (em Alves, 2010, p.117) Surge assim a possibilidade das políticas públicas apresentarem discriminação positiva para algumas áreas das cidades, para colmatarem necessidades mais prementes destas zonas em risco.

O município de Lisboa apresentou um Plano Estratégico de Desenvolvimento Urbano (PEDU) ao Programa Operacional Regional Lisboa 2014-2020 (POR Lisboa 2020), sendo um instrumento de programação que tem por base a justificação dos contratos com os municípios e integra três Planos de Ação: Plano de Ação de mobilidade urbana sustentável (PAMUS); Plano de Ação de Regeneração Urbana (PARU) e Plano de Ação integrado para comunidades desfavorecidas (PAICD). No PARU o Município inscreveu, por exemplo, uma Ação para a zona da Colina de Santana: núcleo da Rua da Barracas, na Prioridade e Investimento (PI) 6.5- Adoção de medidas destinadas a melhorar o ambiente urbano; a revitalizar as cidades; recuperar e descontaminar zonas industriais abandonadas, incluindo zonas de reconversão; a reduzir a poluição do ar e a promover medidas de redução de ruído¹².

¹² Sobre documentos e programas site da CML: <http://www.cm-lisboa.pt>

As estratégias de planeamento que levam à regeneração urbana são um todo que agrega a população, atores públicos e privados, com diferentes objetivos de intervenção, num processo onde as relações de poder institucional e os níveis de influência políticos e económicos com impacto nas decisões são determinantes para que as expectativas implícitas nos objetivos tenham a maior correspondência nos resultados futuros.

Segundo Alves (2010), as áreas urbanas que apresentam maior tendência para serem consideradas ‘em risco’ vem associadas a questões de pobreza e existem em tipologias como: i) *Bairros de génese ilegal ou ramo de construção*. Nestes bairros a construção é desordenada, descuidada, sem área de espaço público sem qualquer tipo de ordenamento; ii) *Bairros planeados de habitação social e construídos por iniciativa em área de habitat periurbano* são característicos pelo isolamento e cuja imagem é a degradação do edificado e do espaço público. Estes bairros estão situados muitas vezes junto a zonas industriais abandonadas, zonas de armazéns, estações ferroviárias ou rodoviárias; iii) *Bairros históricos centrais deteriorados*, com fogos de rendas baixas, absorvidos pela expansão urbana, onde se verifica uma degeneração simbólica, física e funcional.

As respostas que o Estado tem vindo a apresentar para os dois primeiros tipo de bairros têm sido a decisão de demolição e posterior realojamento da população. Já para os bairros históricos centrais, o Estado promove o “desenvolvimento de estratégias de reconfiguração económica e urbanística, de renovação e requalificação urbana, de terciarização dos usos, e de atração de segmentos de população médio e alto.” (Alves, 2010, p. 102)

Pelo descrito, verificam-se diferentes causas, processos e impactos nos processos de regeneração urbana, de acordo com cada contexto. No entanto, dada a escala e a relevância das intervenções estratégicas em causa, o papel do Estado, representado pelos seus órgãos locais, técnicos e financeiros, é determinante. São as políticas urbanas que deverão considerar um planeamento integrado, numa perspetiva holística e sustentável tanto quanto possível, visando criar as condições necessárias para envolver o setor privado e a população nos processos que implicam transformar o espaço urbano nas suas várias vertentes.

Segundo Mendes, a reabilitação urbana tem seis características nucleares (teóricas e metodológicas): abrangente, integradora, estratégica, flexível apoiada em parcerias e promotora de sustentabilidade /resiliência. A abrangência, pelo facto de procurar resolver na mesma operação problemas morfológicos, económicos, sociais e ambientais, mas “ de forma sistemática definir procedimentos e medidas de intervenção que afetem positivamente todos os sectores da área urbana considerada”; a integração, por envolver os todos os espaços da área de intervenção, a gestão de financiamento, com fundos de diversas proveniências, integração entre políticas de vários sectores e hierarquias locais ou nacionais, bem como a integração de diferentes tipos de atores e agentes (Cardoso, 2005, em Mendes, 2013, p. 37); a estratégica provém da necessidade deste processo da reabilitação urbana de alterar ou reestruturar as funcionalidades da área que intervencionada, na qual é definida um metodologia com ações, com datas, cuja importância dos objetivos é previamente considerada. Segundo Mendes, é dos mais importantes do processo; a flexibilidade “decorre do carácter estratégico do processo e da própria necessidade de conferir sustentabilidade ao mesmo”, ou seja, a possibilidade de no decorrer deste processo ser necessário alterar processos inicialmente previstos. A esta característica também está subjacente a ideia de resiliência, devido à “capacidade de resistir de forma positiva a choque e mudanças (...)”; o apoio a parcerias é uma característica nuclear, porque a mobilização apoio coletivo potencia a tomada de decisões estratégicas “participadas ou negociadas”, que a população cada vez mais exige. Também porque este processo envolve grandes investimentos financeiros que dificilmente só uma entidade poderia suportar. Os problemas urbanos, por serem complexos e multidimensionais, potenciam a necessidade de parcerias distintas para que, cada um nas suas temáticas, consigam resolver os diferentes problemas, através de diferentes soluções. Assim, como “o facto das parcerias permitirem uma maior coordenação e complementaridade entre diferentes competências de diferentes agentes, e, assim, ultrapassar as tradicionais barreiras institucionais.” (Mendes, 2013, p.37); a última característica indicada por Mendes, é a capacidade de sustentabilidade ambiental, económica/financeira e social. “Afirmar que o processo é sustentável e resiliente implica admitir que este deve manter-se viável sem compromisso futuro da sua eficácia.” (Barata Salgueira, 2011, em Mendes, 2013)

2.3 - Os processos de regeneração urbana e a gentrificação

Os processos de regeneração de várias cidades foram estudados através do conceito conhecido como gentrificação. A relação entre estes dois processos potencia o conhecimento da evolução das transformações nas cidades que agora se desenvolve.

Diversos autores têm desenvolvido este conceito, mas foi a socióloga Ruth Glass (1964) na década de 60 no séc. XX, em Londres, quem inicialmente utilizou o termo: *gentrification*¹³ no estudo *London: aspectos of Change* (Rodrigues, 2010, p.110), para definir a natureza do processo de mudança social e urbana em Londres. Neste processo, é descrito o facto das famílias de classe média terem ido residir para os antigos bairros ‘desvalorizados’ do centro de Londres, contrariando o que era norma na época, ao investirem em casas e bairros operários.

Ainda sobre este conceito, Laska e Spain (1980) sugerem que se inicia um retorno ao centro da cidade a partir das periferias, passando os centros a terem uma nova importância estratégica nas novas economias urbanas; Sharon Zukin (1988) analisa a ocupação de antigas edificações da cidade portuária e industrial por artistas pintores em Loft’s, que permitiam conjugar habitação e atelier de trabalho. Saskia Sassen (1996) acrescenta outro significado à gentrificação sobre os grupos de classe média que investiram em condomínios de luxo nos centros das cidades. Resume os processos de gentrificação, quer seja de natureza espontânea, quer sejam programados, tendo sempre como resultado a saída das classes populares dos centros urbanos, para entrada de nova população, sejam por processos de compra e venda de habitações seja pelas denominadas ‘rendas diferenciais’ (*rent gap*)¹⁴.

¹³ A génese da palavra inglesa ‘*gentry*’, significa proprietários rurais, com propriedades e posição social, mas sem título de nobreza. O conceito de gentrificação ou *nobilitação* é assim adoptado para descrever processos de recomposição social de certas zonas centrais de cidade, tradicionalmente com população com menos recursos e com a sua substituição por novas classes urbanas.

¹⁴ A “gentrificação”, segundo Neil Smith, promove as práticas especulativas dos agentes do mercado imobiliário, principalmente o residencial, que, tendo por base investimentos públicos e privados significantes, conseguem distinguir certas áreas da cidade, com isso transformando os preços praticados no mercado, sobrevalorizando-o. É esta a concepção de *rent gap*.

Jason Hackworth e Neil Smith, em 2001, descrevem a evolução do conceito de gentrificação nos Estados Unidos em três fases intercaladas¹⁵ e por duas fases de transição. A primeira, na década de setenta do séc. XX, precedeu a crise financeira; a segunda, até final dos anos oitenta, consolida o processo de gentrificação e a terceira corresponde ao renascimento económico, já em meados da década de noventa, traduzindo uma gentrificação generalizada. Hélène Rivière d'Arc utiliza a expressão 'gentrificação sem passado'¹⁶ para explicar que a cidade de São Paulo não passou pelas duas primeiras fases do processo de gentrificação, apresentadas por Neil Smith.

Segundo Smith, em Mendes, as zonas centrais são, então, 'descobertas' pelos promotores imobiliários que as procuram rentabilizar. A gentrificação deixou de ser um exclusivo objetivo do planeamento urbano, passando a integrar o próprio mercado imobiliário, enquanto consequência de uma regeneração perspectivada como investimento e com objetivos de ordem capitalista. Este autor reforça que "o Estado capitalista, por via das políticas e reabilitação urbana, assume-se como mediador da luta que a gentrificação materializa no espaço urbano." (Smith, em Mendes, 2014, p.206)

Os processos de gentrificação funcionam a partir de uma relação mercantil onde o espaço disputado, sobretudo o residencial, é valorizado enquanto produto transacionável. Uma relação de *procura/ oferta* que, de acordo com Neil Smith e Peter Williams, 1986 (Rodrigues, 2010, pp.277-290), pode corresponder respetivamente a uma perspetiva do *consumo* e da *produção*. Estes autores, na explicação dos processos de gentrificação, salientam um conjunto de factores que promovem o *consumo*, como sejam: a valorização dos espaços centrais relativamente aos espaços da periferia, ao

¹⁵ A primeira fase, que precedeu a crise financeira posterior a 1973, denominada gentrificação esporádica apenas existia em pequenos bairros no nordeste dos EUA e em pontuais bairros na Europa Ocidental. Esta fase foi seguida de um período de transição que representou uma época de investimento em imobiliário, em zonas à época desvalorizadas, e que permitiu o desenvolvimento posterior do processo da gentrificação em muitas cidades dos EUA; A segunda fase, que vai até final dos anos 80 e consolida o processo de gentrificação, através da sua propagação nos arredores dos centros das grandes cidades e por inúmeras pequenas cidades. A presença de artistas foi muito importante para a permanência de residentes em locais que cujas comunidades eram tidas por problemáticas servindo até para apaziguar alguns desacatos (nos EUA exemplo: SoHo, Lower EastSide, etc.) foi neste período que houve deslocamento de moradores mais pobres, o que originou inúmeras lutas políticas. A terceira fase corresponde ao renascimento económico já em meados da década de 90 traduzindo uma gentrificação generalizada, baseando-se no reforço dos bairros que já tinham iniciado o processo e o surgimento de outros bairros menos centrais, ambos com capitais privados e estatais.

¹⁶ Artigo intitulado: Requalificar o século XX: projeto para o centro de São Paulo, de Hélène Rivière d'Arc, integrado no livro coordenado por Catherine Bidou-Zacharieasen, intitulado *De volta à cidade: dos processos de gentrificação às políticas de 'revitalização' dos centros urbanos*.

nível da sua vivência e da sua humanização; a valorização da urbanidade e a desvalorização do modo de vida suburbano; os estilos de vida reguladores das estratégias residenciais e a apreciação da proximidade dos espaços de consumo, em boa parte de carácter cultural e lúdico. Na perspetiva da *produção*, Neil Smith e Peter Williams, 1986 (Rodrigues, 2010, pp.277-290), destacam como principais factores: as questões relacionadas com as modificações nos usos do solo urbano e a construção dos preços do imobiliário, o que implica a expulsão da população autóctone, enquanto reflexo de uma reestruturação económica e social do novo paradigma; a desindustrialização da cidade e a sua terciarização.

Smith (em Zachariasen, 2006, p.74) refere que tanto nos Estados Unidos como na Europa houve mudanças de políticas públicas que encorajaram o financiamento privado “(...) neste fim do século XX, a gentrificação – considerada como uma aliança concertada e sistemática do urbanismo público e do capital, privado e público – preencheu o vazio deixado pelo retraimento das políticas urbanas progressistas.”

Alguns autores como Smith (em Zachariasen, 2006), consideram que este processo de regeneração urbana difundido pelas cidades; não passa “de uma política oficial de gentrificação que, entretanto, não ousa assumir essa designação.” (Smith, em Zachariasen, 2006, p.34) Para este autor, é o processo de combinação das alterações sociais, físicas e económicas que distingue a gentrificação como um processo identificável (Smith, em Hamnett, Chris, 1991, em Lees, Slater e WYLY, 2010, p.235).

Esta estratégia de generalização da gentrificação através de processos de ‘regeneração urbana’ serve também para promover a competição entre cidades, tanto nos EUA, como na Europa. Em Inglaterra, surge o manifesto Britânico da Regeneração urbana; na Dinamarca, foi criado o Secretariado para a Regeneração Urbana em 1997; em Berlim, no período de reconstrução pós 1991, em França, no ano 2000, a grande Conferência intitulada ‘Convergência entre a renovação urbana e as políticas de habitação na Europa’ que motivou posteriormente discussões sobre a missão de transformação urbana de grande envergadura necessita de articulação entre investidores privados e as intervenções locais’ nos países que integravam e queriam integrar a Comunidade Europeia.

Mendes refere também que inúmeros estudos urbanos vão comprovando que em muitas cidades mundiais, com os efeitos da globalização “- nomeadamente os fluxos do capital global e em particular o setor financeiro- permitem somar um novo carácter às atuais vagas de gentrificação desde os anos 1990” (Mendes, 2014, p.506). O mesmo autor considera que a “associação direta da gentrificação à reabilitação urbana merece maior discussão, sobretudo no caso português, marcado por uma grande rigidez do mercado de habitação e por uma evolução de sucessivos pacotes legislativos que, desde meados do XX, estagnaram o mercado do arrendamento e limitaram fortemente a proliferação do fenómeno da gentrificação, beneficiando, em particular, as famílias de baixo estatuto socioeconómico e privilegiando a manutenção e fixação da população autóctone. Ou seja, já residente nos bairros antigos.”¹⁷ (Mendes, 2014, p.505)

¹⁷ Pormenor histórico importante sobre a transformação das cidades em Portugal também tem que se ter em conta que para se perceber estes os processos de transformação: “Até ao século XVIII, a conservação e reutilização de edifícios em Portugal tinha um sentido essencialmente utilitário, sem se ocupar com a devida preocupação pelo património. Mais tarde, com a implantação da República, a igreja sofre alterações com a Lei de Separação da Igreja e do Estado, que ao anular o Catolicismo como religião oficial do país, torna a explorar todos os bens pertencentes até então à igreja. Assim, grande parte do património imóvel das instituições religiosas foi alvo de “violentas reutilizações com graves prejuízos para a sua integridade histórico artística”(Bajanca, 2014, pág.74.)

Capítulo 3 – Planeamento Estratégico, Marketing Territorial e o novo papel dos atores urbanos

A evolução das cidades e as diferentes necessidades dos seus habitantes população levaram à adaptação do espaço urbano às novas realidades. Os decisores políticos adaptaram também eles a maneira de pensar o planeamento urbano. O planeamento urbano numa primeira fase foi feito por técnicos que previam o que o território viria a ser no futuro, no entanto, este planeamento não se coaduna com a volatilidade, grau de imprevisibilidade e rapidez que a vida social imprime às cidades. O novo modelo de planeamento não tem uma visão de prever, mas sim de considerar a possibilidade de adaptação, permitindo atualizações e modificações ao inicialmente proposto. Os atores intervenientes em cada área urbana podem ser parte integrante deste processo, assumindo a responsabilidade de realização de alguns projetos.

Para cativar população, investimento e turismo, as cidades tiveram que se tornar competitivas e, consegue esse objetivo através do marketing territorial, uma ferramenta do planeamento urbano, acolhendo os atores locais para pensarem e executarem projetos em conjunto. Esta unidade é mais facilmente encontrada, se houver não só um objetivo comum, mas se todos conseguirem encontrar algo com que se identifiquem na zona, ou até mesmo na defesa de uma identidade a cidade. O património cultural de uma cidade, sobretudo se for relevante, transportará essa identidade para o presente e para o futuro, podendo ser usada como recurso na promoção da cidade.

Este novo planeamento leva a que os atores se relacionem, negociem e se responsabilizem por ações que contribuam para bem comum, não esquecendo cada uma com suas particularidades e interesses.

3.1 – Planeamento estratégico, competitividade das cidades e marketing territorial

O planeamento territorial sofreu, nos anos setenta, uma alteração de paradigma. Segundo Perestrelo (2000), até esta época, a visão racionalista do planeamento tradicional era entendido como “previsão perfeita, matematização dos fenómenos

sociais, a procura do óptimo, o não ter em conta os atores sociais e ao considerar o planeamento como neutro”, o que levou à consciência de não ter em conta a complexidade da prática social. Este período é acompanhado de inúmeras teorias, com destaque para a diversidade existente nas cidades, levando à necessidade de um novo paradigma, o planeamento estratégico. Este planeamento é considerado um sistema dinâmico, e obrigado a revisão constante e com o envolvimento dos atores. A previsão dá lugar à prospectiva. Como refere Perestrelo, o “planeamento estratégico pressupõe sempre uma visão prospetiva” (Perestrelo, 2000).

O planeamento estratégico “é fundamentalmente um processo adequado à complexidade dos sistemas urbanos, porque não concebe o plano como um produto finalizado, mas sim como um processo em constante avaliação” (Fonseca e Ramos, 2006, em Gomes, 2014).

João Ferrão apresenta três gerações do planeamento estratégico. A primeira, nos anos oitenta, nos Estados Unidos¹⁸, que representou, para este autor, “fundamentalmente planos de marketing, que pretendiam vender as cidades americanas” (Ferrão, 2000 em Gomes, 2014); na Europa, este conceito chega em 1986, numa primeira fase a Inglaterra, cuja repercussão do apoio financeiro de fundos europeus foi a profunda reconversão das infraestruturas, tendo-se seguido a Holanda. Mas foi em Espanha (Barcelona) que o planeamento estratégico teve maior visibilidade, devido à necessidade daquela cidade se reconfigurar para os jogos Olímpicos 1992 (Gomes, 2014, p.6).

A segunda geração, surge da necessidade da Europa, iniciar uma visão diferente da americana dos planos estratégicos, também devido à crise económica de 1992-95. Passaram a incluir a preocupação ambiental e a preocupação de coesão social com um sentido de sustentabilidade, que trouxe a este processo “maior maturidade metodológica” (Gomes, 2014, p.7).

A terceira geração de planeamento estratégico, considera “cada vez mais que os planos estratégicos de hoje se afirmam com planos- processos, em que os projetos de

¹⁸ As primeiras experiências de planos estratégicos surgem para responder a dois desafios: enfrentar os problemas de origem da reestruturação das cidades e o segundo conseguir atrair mais recursos. (Gomes, 2015, p.6);

grande envergadura são abordados de forma sistemática (Ferrão, 2000, Gomes, 2014, p.9).

Em Portugal os primeiros planos estratégicos¹⁹ apareceram na década de noventa nas cidades de Lisboa e de Évora, “fruto de uma decisão política sustentada pela forte interligação com o planeamento urbanístico e a abertura do município ao relacionamento com os agentes da cidade” (Gomes, 2014, p.7), levando a que pela primeira vez houvesse debate público com apelo à participação dos intervenientes da cidade” (Gomes, 2014, p.7). Nas décadas seguintes, para obtenção de fundos de financiamento, houve imposição da apresentação de planos estratégicos com inscrição de ações a desenvolver. Mas, como refere Barros, 2011 (em Gomes, 2014, p.9), em Portugal, muitos planos estratégicos só tinham como objetivo a obtenção de financiamento “e não a implementação de metodologias de análise prospectiva, que promovesse o desenvolvimento estratégico e a competitividade territorial.” (Barros, 2011, em Gomes, 2014, p. 9). Mas autores consideram que Portugal não soube aproveitar esta evolução (Babo at al, 1997) referindo que “o nosso país não possui uma tradição de participação e de ação conjugada suficientemente consolidada, que nos permitam obter um elevado grau de sucesso em projetos deste tipo” (Babo at al, 1997, em Gomes, 2014, p.9).

Como já anteriormente foi referido, as cidades começaram a enfrentar novos e complexos desafios, o que exigiu, por parte dos decisores políticos e planeadores, maior flexibilidade e recurso a novas formas de pensar a cidade. Esta necessidade advém também da imagem negativa associada à era industrial que urgia a necessidade de alterar, não só para novos investidores, como para trazer nova população residente

¹⁹ Em 1992 foram desenvolvidas as estratégias para as cidades de média dimensão- estudos sobre cidades médias sobre práticas de metodologias para elaboração de planos estratégicos de vários países: Portugal (Évora), Bélgica, Grécia, Itália, Dinamarca, Alemanha, Espanha, Holanda. Resultou um manual de planeamento estratégico. Este projeto estava inserido no Programa RECITR-Regiões e Cidades Europeias, co-finaciado pelo FEDER- Fundo Europeu para o Desenvolvimento Regional. Posteriormente foi criado o PROSIURB- Programa de Consolidação do Sistema Urbano Nacional e Apoio à Execução dos Planos Diretores Municipais (PDM). Nesta época, para aceder aos fundos comunitários começou a ser obrigatório a apresentação de um plano estratégico identificando as ações que iriam desenvolver. Em 2000 surge o POLIS-Programa de Requalificação Urbana e de valorização Ambiental das Cidades (já descrito noutra nota) (Gomes, 2014, pp.7-9).

(Gomes, 2014, p. 21). As cidades começaram a ser promovidas²⁰, criando uma crescente competitividade entre os territórios, sejam cidades ou países (Gomes, 2014, p.17). Surge também a necessidade de diferenciação entre os territórios o que leva a uma nova maneira de pensar o planeamento das cidades, valorizando o território. Assim, o “Marketing Territorial²¹ assume, neste campo, uma especial importância não só na elaboração de estratégias, mas também na identificação das necessidades dos lugares, mantendo-se competitivos sem nunca perder o foco da qualidade dos residentes e do próprio lugar.” (Gomes, 2014, p.17)

O Marketing Territorial é, assim, “um dos elementos fundamentais do planeamento estratégico das cidades e dos territórios e surge como processo de gestão territorial e de descentralização de poder em busca do desenvolvimento local, reforçando sempre as vantagens competitivas do lugar” (Cidrais, 1998, em Gomes, 2014, p.17). Ainda Cidrais, refere que nas décadas de setenta e oitenta “o embrião do marketing territorial destinava-se a uma variedade de objetivos (manter negócios existentes, atrair novos, desenvolver o turismo, promover as exportações e o investimento estrangeiro)”. Este autor refere também que foi nestas décadas que se passou “a dar importância ao financiamento e à manutenção dos mercados, aos recursos internos (negócios locais, indústrias, empreendedores, novos produtos) e aos recursos coletivos (universidades, empresas de pesquisa, instituições financeiras)” (Cidrais, 1999, em Gomes, 2014).

Segundo Eshuis, Klijn and Braun (2014), o marketing territorial representa a aplicação dos instrumentos de marketing “baseada numa filosofia comum orientada para o cliente, com o objetivo de criar, comunicar, oferecer e trocar ofertas com interesse para os clientes da cidade e para a comunidade urbana no sentido lato. Enquanto marcas territoriais são consideradas construções simbólicas que têm como objetivo reforçar o interesse das cidades.” (Eshuis, Klijn and Braun, 2014, em Rosa, 2017)

²⁰ Por exemplo a “famosa campanha de marketing que o Estado de Nova Iorque lançou em 1977 “I ♥ New York”. Esta campanha teve a capacidade de tirar a cidade do limiar da falência e reforçar a identidade local e atrair turistas e visitantes para a cidade.” (Gomes, 2015).

²¹ “A partir do ano 1875, as cidades europeias começaram a promover as suas ofertas de turismo, exigindo dos territórios um desenvolvimento capaz de responder às perspetivas dos turistas. Segundo (Megri and Bencherif, 2014) e (OCKE and IKEDA, 2014), existe uma estreita relação via marketing territorial entre a economia de um território e o turismo. Esta relação é de grande importância para o desenvolvimento de um lugar.” (Rosa, 2017, p.4).

Maria Manuela Guerreiro define que a “marca é algo que ‘reúne’ pessoas, recursos, coisas e eventos sob um sinal cuja natureza holística os faz parecer ou trata como partes de um todo. Deste modo, as marcas não são apenas fontes de diferenciação. São também elementos de identificação, reconhecimento, continuidade e coletivismo. Trata-se de uma distinção simbólica frequentemente o elemento mais diferenciador das políticas de marketing de cidades e de gestão dos fluxos de turismo cultural.” (Guerreiro, 2008, p.1). Kotler and Gertner (2002) referem que o marketing territorial não é só a “venda da imagem de um determinado lugar, mas principalmente à satisfação do público-alvo, qualificando e valorizando os recursos desse território” (Kotler and Gertner 2002, em Rosa, 2017).

3.2 – Identidade e Património

Cada cidade cria a sua própria imagem cheia de pequenas identidades e Lisboa não foge a este modelo. Mas este é um processo demorado, pois envolve a população e as entidades que estão presentes e em contacto constante no território. Graça Cordeiro refere que a “construção de significados partilhados pela população de uma cidade, ou parte dela, decorre, pois, de intrincados processos de interação social, de confrontos e negociações entre práticas e visões do mundo distintos, nomeadamente entre a “gente comum” e as “elites governamentais”. Tais processos (...) contribuem para a definição de uma determinada ordem simbólica, historicamente contextualizada²²” (Cordeiro, p.185/6).

Segundo Rodrigues, podem estabelecer-se diversas relações entre a identidade e o património. “Como atributo coletivo, o património é um elemento fundamental na construção da identidade social/cultural e, simultaneamente, é a própria materialização da identidade de um grupo/sociedade (Choay, 1992; Schiele 2002; Peralta & Anico 2006)” (Rodrigues, D., s/d, p.4). Para Afonso “o património arquitectónico de uma cidade constitui uma herança cultural coletiva, é o grande testemunho do legado e o presente da história de uma coletividade, razão pela qual a sua preservação e

²² Graça Cordeiro remete esta afirmação para os autores: Ruth Finnegan, 1998, Lorenza Mondade, 2000 e Peter J.M. Nas (ed.), 1993.

valorização são tão importantes. (...) o património assume-se assim, como uma forma de proteção da identidade, funcionando como uma espécie de registo da história do passado de um povo, e deve ser preservado à imagem dos valores que representa para a identidade histórica da comunidade” (Afonso, 2016, p.44).

Para Teresa Salgueiro a “ valorização estética dos imóveis tanto passa pela conservação que valoriza o passado visto como autêntico, em paisagens ditas de nostalgia e memória, como pela introdução do desenho contemporâneo. Por isso, nos centros renovados combinam-se testemunhos do passado com ícones da nova arquitetura de autor e multiplicam-se os exemplares da arte pública” (Salgueiro, 2013, p.23).

Segundo Gomes (2011), na Constituição Portuguesa, as normas relativas à proteção do património²³ cultural surgem a seguir à Segunda Guerra²⁴. Juridicamente, esta norma pode assumir uma dimensão subjetiva (atribuição de ‘um direito à fruição do património cultural’) ou objetiva (afirmação de uma tarefa estadual de preservação e promoção do património cultural). A importância “desta valorização constitucional do património cultural (...) é a aproximação dos cidadãos aos valores de memória coletiva (...) o cidadão revê-se no património cultural e este renova a sua vocação agregadora em cada novo olhar (...)”. Gomes refere também que a “tarefa, conquanto primacial do Estado e demais entidades públicas com atribuições ligadas à política de proteção do património cultural (...), cabe também aos proprietários de bens classificados (...) embora titulares do bem, são meros curadores da memória que dele exsuda (...) a responsabilidade pela proteção do valor colectivo é partilhada, porque a natureza de bem integrante do património cultural não acarreta o dominialidade públicas, nem se deixa aprisionar- enquanto valor imaterial de memória – em vínculos patrimoniais privados” (Gomes, 2011, pp.1-3).

²³ “O Património contribui para manter e preservar a identidade de uma nação daí o conceito de identidade nacional, de um grupo étnico, comunidade religiosa, tribo, clã, família (Choay, 1992)” (Rodrigues, p.4).

²⁴ “(...) um dos primeiros textos legislativos conhecidos sobre a protecção dos nossos monumentos nacionais, deve-se ao rei D. João V. Com efeito, por alvará de 20 de Agosto de 1721, este monarca determinou que "daqui em diante, nenhuma pessoa de qualquer estado, qualidade e condição que seja desfaça ou destrua em todo, nem em parte qualquer edifício que mostre [antiguidade] ainda que em parte esteja arruinado" (Silva, 1988).” (Jorge, 2000, p.6).

Segundo Jorge, Portugal, em 1975, aderiu ao Ano Europeu do Património Arquitectónico, no qual manifestou a sua intenção de promover a defesa e a conservação dos bens culturais. Considera este autor que o conceito abrangente de conservação do património é “cada vez mais como um modo de defesa global do ambiente que não se preocupa só com a proteção do espaço vital natural mas também com o espaço vital coletivo, desenhado pelo homem no decurso da sua existência.” (Jorge, 2000, p.5). Este autor refere que o “objetivo primacial da salvaguarda do património é a consolidação de marcas culturais. Mas nem todos os produtos materiais da história da humanidade merecem a distinção de "monumentos", não obstante a riqueza de informação potencial que evocam (tecnologias, flutuações económicas, influências culturais, etc.). São destruídos permanentemente, fragmentos preciosos da história humana; eles têm que ser anulados, obviamente sob critérios de qualidade e não só de idade, pois a acção quotidiana do homem seria impossível sem desfazer tais vestígios acumulados, inevitável e continuamente (obsessão da conservação).” (Jorge, 2000, p.9)

Mas importa também pensar como e quem decide o que se preservar. Para Rodrigues o património é uma “herança cultural do passado, vivida no presente, que será transmitida às gerações futuras. É o conjunto de símbolos sacralizados, no sentido religioso e ideológico, que um grupo, normalmente a elite, política, científica, económica e religiosa, decide preservar como património coletivo. Portanto, há uma legitimação social e política do que é (ou não) património.” (Rodrigues, D., s/d, p.4).

Neste sentido, pode entender-se que esta decisão pode se manipulada, dependendo dos interesses em determinar o que é ou não importante manter. Jorge refere que “na política cultural, a importância da defesa e da conservação do património assenta em razões históricas. Basta lembrar a génese de muitos monumentos, desde a pirâmide do faraó Quéops ao convento de Mafra ou ao recente Centro Cultural de Belém, traduz, de certo modo, o projeto político-cultural de uma época (arquitetura como instrumento de poder)” (Jorge, 2000, p.6).

Rodrigues refere que, “quem decide o que é relevante preservar é um determinado grupo (elite) e não o coletivo (povo) como um todo. Neste sentido, o património é um constructo social (Prats, 1997), é uma invenção, ou por outras palavras,

uma versão apenas de uma parte do conjunto das ações humanas, num determinado período histórico (Peralta, 2000)” (em Rodrigues, D., s/d, p.4).

O património cultural segundo Martins, 2011 (em Rodrigues, D., s/d, p.4) é um “conjunto de bens, materiais e imateriais, que são considerados de interesse coletivo, suficientemente relevantes para a perpetuação no tempo.”(...) Tem, portanto, a função de (re)memorar acontecimentos mais importantes; daí a relação com o conceito de memória social. A memória social legitima a identidade de um grupo, recorrendo, para isso, ao património (Martins, 2011). O património expressa a identidade²⁵ histórica e as vivências de um povo (Rodrigues, D., s/d, p.4). A importância para a sua preservação passa também por esta noção.

Machado Pais, 1990, sobre a consciência histórica refere que é uma construção simbólica, assim como a identidade, ambas são apropriações simbólicas do real. “No entanto, e ao contrário do que por vezes se pensa, a consciência histórica não é equivalente ao conhecimento histórico, uma vez que, em certo sentido, «a consciência ignora a História»²⁶. Pior ainda, muitas vezes faz uso dela, abusivamente. (...) À consciência histórica basta que se interesse somente por aquilo que a justifique e que deixe o resto como está. Tremendo problema este, o de a consciência histórica poder ser afectada pelos fins que lhe dão suporte.” (Pais, 1990, p.2).

Pais continua referido que a “consciência histórica é a convocação permanente do passado ao presente. E são vestígios do passado que a fazem durar no tempo – perdurar -assegurando transmissões memoriais de uma geração a outra. A História, ela própria, é um conhecimento por meio de vestígios. Ela procura o significado de um passado acabado que permanece em seus vestígios. Os vestígios são instrumentos enigmáticos através dos quais as narrativas históricas configuram o tempo e, ao mesmo

²⁵ “Identidades? Somos possuidores de uma identidade ou de várias identidades? Segundo Maalouf (2003), cada indivíduo possui uma identidade composta de muitas afiliações e pertenças. Na verdade, existe em todas as sociedades uma enorme variedade de identidades (mulher, homem, hetero/homossexual, jovem, adulto, ‘black/white’, etc). Por isso, alguns autores diferenciam identidades individuais de identidades culturais/sociais e, portanto, coletivas. (Rodrigues, p. 3).

²⁶ Paul Veyne, em Pais, 1990, p. 2)

tempo, as *consciências colectivas* – traços permanentes de união entre o passado e o futuro.”²⁷ (Pais, 1990, p.3).

O conceito de património cultural, nos anos oitenta do séc. XX, surge com a questão da sustentabilidade²⁸, em que o que se pretendeu foi “envolver a política de proteção do património cultural numa lógica de promoção do aproveitamento atual sem descuidar a vertente do legado futuro” (Gomes, 2011, p.3).

Ainda segundo esta autora, a afetação de recursos à recuperação e valorização do património cultural far-se-á tendencialmente em prejuízo de outras políticas públicas ‘concorrentes’, que envolvem necessidades mais básicas e imediatas (vide, educação, saúde, habitação) e, segundo, porque nem sempre os objectivos conflituantes se reduzirão ao problema estritamente financeiro, podendo estar em jogo outras escolhas (vg. Património vs ambiente; património vs emprego...)” (Gomes, 2011, p.5).

A conservação do património está em Portugal salvaguardada pela possibilidade de financiamento a acções de conservação de imóveis classificados (de interesse nacional e de interesse público) por recurso a verbas provenientes do Fundo de salvaguarda do património cultural, criado pelo DL 138/2009, de 15 de Junho. (Gomes, 2011, p.13). Também para os processos de reabilitação urbana há legislação²⁹ para promover a preservação de património cultural, “nomeadamente de conjuntos urbanos e

²⁷ Memórias coletivas que assentam numa consciência social do tempo, a qual está na base do ethos particular de cada civilização. Cf. Pierre Bourdieu, *Algérie. Structures Économiques et Structures Temporelles*, Paris, (Pais, 1990, p.3).

²⁸ Sustentabilidade, este termo vem da literatura ambiental, muito conotado com o relatório *Our common future* (1987), do qual saiu a famosa fórmula do desenvolvimento sustentável: ‘o desenvolvimento que procura satisfazer as necessidades das populações actuais, sem comprometer a capacidade de as gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades’’. (Gomes, 2011, p. 3)

²⁹ “O artigo 99º da LPC aponta para a contribuição pública do Estado na conservação do património cultural, através de subsídios e linhas de crédito específicas, na condição de afectação dos recursos à efectiva conservação e valorização dos bens. (...) a legislação sobre reabilitação urbana — DL 307/2009, de 23 de Outubro. Este diploma conta, entre os seus objectivos, o da protecção e valorização do património cultural, nomeadamente de conjuntos urbanos e centros históricos especialmente degradados mas cujas características arquitectónicas justificam uma intervenção qualificada (cfr. o artigo 12º/2). Caberá à Assembleia Municipal, sob proposta do Executivo Municipal, aprovar um plano de reabilitação urbano da área em questão, independentemente da titularidade pública ou privada dos imóveis e equipamentos que a integrem (artigos 14º, 15º e 21º e segs). Tratando-se de plano de reabilitação incidente sobre imóveis integrantes do património cultural edificado (classificados ou em vias de classificação), é obrigatória a intervenção, a título consultivo prévio, obrigatório e vinculativo, do órgão competente da Administração concretamente envolvida (nacional, regional ou local) — artigos 26º do DL 307/2009, e 53º da LPC. (Gomes, 2011, p. 15-16).

centros históricos especialmente degradados mas cujas características arquitectónicas justificam uma intervenção qualificada” (Gomes, 2011, p.16).

Em relação à alteração do uso de edificado considerado património, Gomes refere que é fundamental “(...) em qualquer caso de reconversão de uso — e consequentemente de tomada de decisão sobre formas de fruição de património cultural edificado — é promover a participação pública, individual ou através de associações de defesa do património cultural (cfr. os artigos 9º/2 e 10º da LPC)” (Gomes, 2011, p.12).

As identidades encontradas nas cidades são produtos dos territórios com as respetivas interações, partilhas e disputas, como já foi atrás referido, mas os planeadores das cidades podem promover a sua cidade ou partes da cidade com diversificados intuitos, desde a atração de novos residentes, turistas, empresas, consumidores. Estes motivos são cada vez mais importantes para a visibilidade das cidades, promovendo-a num âmbito de competição entre os vários territórios, do contíguo ao longínquo, exterior à cidade e até ao próprio país, sempre com a intenção de progredir, de trazer mais movimento económico.

3.3 – Ação coletiva e relações entre atores

Importa agora perceber as relações que se estabelecem entre os atores intervenientes nos processos de transformação das cidades, nos quais podem participar ao nível da tomada de decisão, seja por pareceres técnicos ou por determinações político-económicas. Nestes processos, participam indivíduos, associações sem fins lucrativos, entidades privadas e entidades públicas. Estas relações dão-se a partir dos interesses, objetivos e expectativas criadas por cada um destes atores em relação ao objetivo do trabalho conjunto (Guerra, 2006, p.104).

A decisão de uma análise de Estratégica de Atores no presente trabalho, assentou no facto de esta permitir mensurar, no sistema em causa, a relação de forças existente entre cada ator. Pode considerar-se “uma metodologia «etnopolítica»³⁰», centrada na

³⁰ «etnopolítica» - “atividade de gestão da polis”
(http://www.dan.unb.br/images/pdf/anuario_antropologico/Separatas_vol_42_n1/Etnopolitica_e_Estado.p

análise de participação, que visa aprofundar as relações de poder que afectam o sistema de ação mas, e sobretudo, construir a ação coletiva a partir de um conjunto diversificado de atores e interesses.” (Guerra, 2006, p.104)

A alteração aos modelos existentes de planeamento urbano trouxe as premissas para a Governança³¹, com base na relevância da participação dos atores nos processos de decisão sobre as cidades. O planeamento estratégico teve início quando o Estado deixou de conseguir dar resposta (financeira), tendo necessidade de permitir a entrada do setor privado nas questões do planeamento urbano, mas também porque o planeamento elaborado só por técnicos especialistas com visões reduzidas da sociedade deixou de ter capacidade de acompanhar a evolução das sociedades, cada vez mais heterogêneas, globalizadas e complexas. As cidades sofrem cada vez mais influências externas, o que provocou o aumento da complexidade de gestão urbana, bem como o risco de perda de coesão dentro dos grupos, tal como Giddens e Beck previram (Guerra, 2006, p.15). Os decisores políticos tiveram, assim, a necessidade de considerar o conhecimento e as opiniões de quem está junto das população, incluindo a própria população, dando-lhes a possibilidade de expor as questões que consideram importantes para a sua vida.

Este método acrescenta muito valor à capacidade de decisão política porque leva a um melhor conhecimento do território, conseguindo desenvolver formas de construção da ação coletiva para o bem comum. Com a participação dos atores, os técnicos de planeamento conseguem aprofundar a visão que estes têm sobre o assunto em discussão, com o sentido de aprofundar os problemas transmitidos, os objetivos que esperam ver concretizados, os obstáculos que observam, bem como as expectativas criadas em relação a outros atores. Guerra refere que, com esta alteração, surgiu um novo espaço, que não é nem político, nem económico mas “espaços de intervenção na coisa pública alargados

df) . A partir da decomposição da palavra em etno, que deriva de um a palavra grega ethnos e que grupo de pessoas que vive em conjunto, povo(<https://dicionario.priberam.org/etno>). Político (do grego transliterado *politikós* ou estadista é quem se ocupa da política. Segundo Sócrates, é um homem público que lida com a chamada "coisa pública". Segundo Platão, é filiado a um partido ou "ideologia filosófica de conduta". Se incorporado a um Estado pela vontade do povo, pode ser formalmente reconhecido como membro ativo de um governo. É uma pessoa que influencia a maneira como a sociedade é governada. Essa definição inclui pessoas que estão em cargos de decisão no governo e pessoas que almejam a esses cargos tanto por eleição, quanto por indicação (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%ADtico>).

³¹ Governança é utilizada para dar conta dessas novas formas de exercer o governo da nação fazendo apelo às parceiras. (nota de rodapé de Guerra, 2006, p. 16).

em termos de variedade de atores, das problemáticas de formas organizativas e das temporalidades de ação.” (Guerra, 2006, p.18)

A modificação dos modelos de planeamento urbano surge devido a factores como: a descentralização das competências, a crise económica, a imposição de crescente transparência e a fraca eficácia da administração pública, que originou a necessidade de financiamento e de gestão de interesses coletivos do bem público através de parcerias entre atores públicos e privados.

Dá-se, assim, a necessidades de apreender os conceitos de atores, de poder e de cooperação, conceitos que fazem parte do sistema de regeneração urbana.

O conceito de atores (*Stakeholders*³²) nos estudos urbanos é apropriado na década de oitenta, do século passado, das ciências da gestão que, apesar de não ter uma definição consensual, pode-se observar que o conceito não se refere a indivíduos, mas a instituições e grupos cuja análise “refere-se à identificação e descrição dos intervenientes num sistema de ação com base nos seus atributos, relações e interesses face a uma dada questão, ou recursos.” (Guerra, 2006, p.105)

O centro de decisão deixa de estar centrado no Estado e transfere-se para um grupo heterogéneo de atores, cujas lógicas sociais vão desde ‘novos movimentos sociais’ ao voluntariado. Todos estes atores são ‘institucionais’ porque representam interesses coletivos, mas não existem previamente à necessidade de elaborar novos planos, ou executar programas ou gerir uma política. Segundo Nicourd (1997), a “«ação faz o ator» na medida em que o processo de construção das identidades coletivas emerge na relação com o problema em causa e a solução que se procura”. Segundo Melucci (2001), a ação coletiva permite o alargamento dos processos de aprendizagem, de socialização e de comunicação, demonstrando a capacidade de transformação das sociedade humanas, que não são apenas capazes de aprender, mas são cada vez mais

³² *Stakeholders* conceito surgiu em 1963, nas ciências da Gestão. Historicamente o termo *Stakeholder* surge em 1708 com significado: *a person who holds the stake or stakes in a bet*. Definição corrente: *a person with an interest or concern in something*. Em 1984 Freeman publica o livro: *Stategical Management: A stakeholder approach* define *stakeholder- any group or individual who can affect, or is affect by, the achievement of a corporation’s purpose*. Este conceito foi apropriado pelas ciências sociais. (Guerra, 2006, p. 105).

caracterizadas pela sua reflexividade - «aprendem a aprender». Assim, a “identidade coletiva não advém de princípios, mas da ação concreta permitida (forçada?) pela coexistência e interdependência complexa de um sistema ação territorializado.” (Guerra, 2016, pp.22-23)

A inclusão dos atores nas parcerias, num processo de planeamento, depende do interesse que têm no projeto em causa, material, simbólico, histórico, etc. A mais-valia desse sistema é a identidade de cada ator e o que cada um tem para oferecer para benefício comum, negociado em parceria. Mas os atores não têm todos o mesmo poder, considerando que agem num sistema de relações sociais, mediadas por relações de poder, ou seja, são relações de troca desigual. Da mesma forma, estes sistemas implicam formas de participação envolvendo interesses e objetivos próprios e diferenciados. Para Guerra (2006), a ação coletiva é um processo centrado em objetivos estratégicos contraditórios, continuamente adaptáveis aos contextos em mudança e aos riscos emergentes. Ou seja, a ação coletiva tem como significado um projeto de sociedade, cujo contexto está integrado neste sistema de relação entre atores e na habilidade que cada ator tem apesar da diferença de poderes reais e simbólicos, enquanto co-produtor das políticas públicas. A autora considera ainda que cada vez mais se «politiza» a decisão política e se dá mais destaque ao ator político, assim como cada vez mais se co-responsabiliza a coletividade pelos problemas e soluções e se apela aos mediadores, de vários tipos, para intervirem na efetivação da ação coletiva. Existem muitas e diversas formas de ação coletiva e isso mostra que não estamos perante um desaparecimento de conflitos sociais, mas sim diante de conflitos mais (ou menos) organizados para defenderem os seus interesses (Guerra, 2006, p.42).

Esta conceção de um sistema de relações como relações de poder em que se inscreve a ação coletiva vai ao encontro da teoria de Foucault para quem, numa sociedade, todas as trocas de ações exprimem a existência de relações de força entre os indivíduos. Estas relações de força são o produto do triângulo existente na sociedade: poder / direito / verdade, em que o poder do direito é transferido para a sociedade através de leis e normas e o poder da verdade traduz o discurso dos indivíduos sobre essas orientações, inseridos na sociedade à qual pertencem (Ferreirinha e Raitz, 2010, p.370). Foucault referia que não lhe interessava fazer uma teoria do *Poder*, por considerar que “toda a teoria é provisória, accidental, dependente do estado de

desenvolvimento da pesquisa que aceita os seus limites, inacabado, formulando conceitos que clarificam os dados (...) mas que de seguida são revistos, reformulados e substituídos a partir de novo material (...)” (Machado, 1979, em Alves, 2013), portanto a teoria nunca está terminada, porque os acontecimentos devem ser observados no seu tempo, história e espaço (Ferreirinha e Raitz, 2010, p.369).

Foucault considera que o Estado não é detentor de mais poder do que qualquer outra entidade. Aliás, considera que as instituições, escolas, prisões, quartéis são marcadas pela utilização de disciplina de obediência referindo que a “ (...) disciplina traz consigo uma maneira específica de punir, que é apenas um modelo reduzido do tribunal” (Foucault, 2008, em Ferreira e Raitz, 2010, p.371). O mesmo autor considera que é através desta disciplina que as relações de poder se estabelecem (opressor-oprimido, mandante- mandatário, etc.). Justifica, ainda, a não totalidade do poder no Estado porque se no triângulo do Estado: poder / direito / verdade, como já atrás foi referido, se rege pelo poder direito e pelo poder verdade, quando estas são relacionadas com a trilogia Sociedade: Estado / Mercado / Sociedade Civil as relações são muito “complexas, tácitas, intrínsecas e interdependentes encontrando-se por vezes, discursos de verdades e direitos desenhados pelo interesse individual, ao que se pode chamar: relação de força, “(...) tais forças estão distribuídas difusamente por todo tecido social.” (Veiga-Neto, 2003, em Ferreira e Raitz, 2010, p.372).

Ainda em relação à disciplina, Foucault considera que o poder disciplinar só é conseguido pela organização do espaço, pelo controlo rigoroso do tempo e com vigilância constante. “A organização espacial constitui uma técnica de poder da distribuição dos indivíduos (...)” (Foucault, 1979, em Alves 2013, pp.241-242). É neste contexto que o autor desenvolve a doutrina do panopticismo, que é um método de vigia prisional com origem no termo *Panopticon* de Jeremy Bentham, cuja característica principal é a construção de um local de vigia permanente através de um ‘olho invisível’, no centro do edifício, na qual só um indivíduo pode vigiar toda população prisional. Este processo foi pensado inicialmente também para outras instituições como hospitais, escolas, fábricas, quartéis, asilos, etc. Foucault, baseou-se neste pensamento que denominou de ‘olho do poder’.

A razão da pertinência desta ilustração no presente trabalho é porque Foucault considera que “a arquitetura espacial constitui um importante instrumento de poder (...)” (Foucault, 1979, em Alves, 2013, p.242) referindo que, no final do séc. XVIII, com o surgimento de novos problemas a solução para estes, pode ser obtida através de uma diferente organização do espaço para conseguir alcançar os objetivos pretendidos. “Aparece uma arquitetura específica (...) seria preciso fazer uma ‘história dos espaços’ – que seria ao mesmo tempo uma ‘historia dos poderes’ – que estudasse desde as grandes estratégias de geopolítica até as pequenas táticas do habitat, da arquitetura institucional, da sala de aula ou da organização hospitalar, (...) a fixação espacial é uma forma económica-política que deve ser detalhadamente estudada.” (Foucault, 1979, em Alves, 2013, p. 242).

Resumindo, interessa-nos reter, neste ponto, a noção de que o poder está presente em todas as ações entre indivíduos e não é exclusivo das instituições nem do Estado.

Outra visão que importa ter em conta para perceber a influência das decisões nas políticas públicas, centrada nos atores, é a capacidade de autoridade destes. Max Weber desenvolve o conceito de autoridade em três tipos: tradicional³³, carismática e legal/racional. Sendo a autoridade legal/ racional a que se observa, por exemplo, na nomeação de atores e que permite que este ator tenha capacidade de alterar leis e normas com possibilidade de promover os interesses que salvaguardem a sua posição num processo de diálogo entre parceiros. Também a autoridade carismática pode ser útil porque a capacidade de suscitar a legitimidade do cargo que exerce é-lhe atribuída pelo carisma que o reconhecimento social lhe confere. No espaço, a implicação verifica-se através da manutenção do contacto com grande número de pessoas, que pode ser veiculado pelos meios de comunicação. Apoiado numa ideologia, este indivíduo com detenção de poder pela via do carisma, através da autoridade que lhe é conferida e com base em crenças comuns a todos, podem levar à possibilidade de se desenvolverem processos que levam a ditaduras. No caso dos processos de regeneração urbana a capacidade de influência de alguns atores, pode ser importante nas negociações.

³³ Autoridade tradicional, que é atribuída pelo costume e tem como implicação no espaço, promover a reprodução dos mesmos valores pela nova geração. (Weber, 2005);

Estas concepções de poder e autoridade, inerentes às relações sociais, podem ajudar a uma melhor percepção das relações entre os atores nos processos de parceria. Crozier & Friedberg (1977, pp.65-66) referem que “o poder encontra-se na relação, não se constitui como um atributo dos atores. Ele manifesta-se numa relação entre atores que visam a realização de um objectivo comum e que condiciona os seus objetivos individuais” (Balão, 2014).

Como já foi referido, uma das características do processo de regeneração urbana é a importância das parcerias, uma característica nuclear, sendo a mobilização e o apoio colectivos elementos potenciadores da tomada de decisões estratégicas “participadas ou negociadas”, que a população cada vez mais exige. Também porque este processo envolve grandes investimentos financeiros que dificilmente uma só entidade poderia suportar. Os problemas urbanos por serem complexos e multidimensionais, potenciam a necessidade de estabelecer parcerias distintas para que, cada uma nas suas áreas temáticas consiga resolver os diferentes problemas, através de diferentes soluções. Assim como “o facto das parcerias permitirem uma maior coordenação e complementaridade entre diferentes competências de diferentes agentes, e assim, ultrapassar as tradicionais barreiras institucionais.” (Mendes, 2013, p.37).

Estas parcerias podem ser observadas como formas de cooperação, que, para Benzaquen (2008, p. 3), “são uma forma de interação social, na qual os indivíduos se empenham na obtenção de um fim coletivo e comum” (em Balão, 2014, p.103).

Apesar deste fim coletivo e comum cada um dos atores, com as respetivas competências e com os seus próprios interesses, nas relações de cooperação/ negociação podem ter que gerir relações de poder ou de influência dentro do grupo. Essa influência pode diferenciar os atores e as decisões do colectivo.

De acordo com Balão (2014), a cooperação³⁴ é entendida como um processo social conjunto de manifestação de vontades existentes a partir do indivíduo ou de um colectivo e estabelece-se entre duas ou mais partes que concorram a partir de ações

³⁴ Cooperação origem: Roberto Owen (1771-1858), entre outros, propuseram uma alternativa ao individualismo e à empresa capitalista; Chales Gide (séc. XIX) teórico da económica social e defendeu a reforma social baseada na criação de organizações cooperativas; A perspectiva marxista baseada na teoria do conflito, a superação do capitalismo surgiria uma nova ordem, cooperativa (entre outras definições) (Balão, 2014).

conjuntas para um mesmo objetivo. Os atores que podem fazer parte deste processos, tanto podem ser países, governos locais e/ou regionais, associações públicas, como privados, empresas ou indivíduos. No processo de cooperação são compartilhados meios, recursos, competências e conhecimentos. Os atores cooperantes não são considerados concorrentes, porque (em princípio) tenta-se que os objetivos individuais, não se sobreponham ao objetivo conjunto. A cooperação é, assim, vista como uma estratégia na qual os atores se constituem como parceiros, cujo objetivo é a obtenção de benefícios e resultados para todos os parceiros, que não conseguiriam alcançar de forma isolada. O coletivo de atores que partilham um processo cooperativo pode manter a relação de cumplicidade para outros desafios (Couvaneiro, 2011, em Balão, 2014).

Enquanto processo social, os processos de cooperação possuem graus de intensidade variável, dependendo dos atores que fazem parte do grupo. Friedberg (1993, em Balão, 2014) refere que, para existir uma relação de cooperação, os atores envolvidos, são “detentores de uma racionalidade, ainda que limitada pela socialização – afetiva, rotinas e hábitos, preferências, interesses” e Reynaud (2004, em Balão, 2014) considera que alteram as suas ações tendo presente a sua própria interação, mas também aquela que é produzida pelos parceiros.

Os interesses dos atores não “são definidos de forma independente do sistema social no qual se enquadram e esses interesses não são suficientes para definirem as suas interações” (Friedberg, 1993 e Reynaud, 2004, em Balão, 2014). Mas a partilha entre atores aumenta os conhecimentos e permite-lhes assim alcançar a capacidade de negociação e de ampliar a influência fora do circuito cooperativo, assim como conseguir alcançar outros tipos de recursos e reduzir o risco de isolamento dos atores. (Friedberg, 1993 e Reynaud, 2004, em Balão, 2014).

Para Domingues, (2010, em Balão, 2014) a cooperação é considerada uma relação de complementaridade que fortalece os atores e reforça as suas relações de dependência, porque cada um dos atores pode controlar os seus próprios recursos. Estas relações de complementaridade são geradoras de novos produtos ou serviços, de novas formas de promoção de produtos ou dos próprios territórios.

Cada ator assume responsabilidades que lhes permite contribuir com o que lhe é reconhecido para o bem comum. “Esta responsabilidade tem associado o conceito de reciprocidade, pois, como é enunciado por Reynaud e Richebé (2007), o parceiro entende que se deverá empenhar na ajuda daqueles que também o ajudam.” (Balão, 2014, p.108).

Já para Grandori e Soda, 1995 (em Balão, 2014), a confiança é o pilar da cooperação, pois reforça a solidariedade e a redução de conflitos e de riscos, podendo também reduzir custos de coordenação e favorecer a capacidade das organizações aumentando o grau de adaptação a novas realidade e necessidades. O respeito entre atores surge em duas vertentes: o respeito pela singularidade uns dos outros e pelo respeito das normas que reforçam a responsabilidade (direitos e obrigações) que regulam a equidade entre eles, tendo consciência que a cooperação resulta de um equilíbrio entre o objetivo comum e o objetivo do próprio ator.

Cooperar implica negociar e aproximar pontos de vista, valores e expectativas. De acordo com Guerra (2006), a negociação entre atores pode influenciar as relações entre si e levar à manutenção ou ao encerramento das relações. A negociação é um processo construído e fundado nas representações dos atores em jogo, orientando os seus comportamentos e atitudes. Essa negociação evidencia mais as relações de poder nessa fase do processo. Para Balão (2014, p.110), os atores estruturam a sua ação em torno do conceito de poder e entendem que no seio dessa relação poderão obter vantagens que não ocorrerão de modo diferente, logo, essa relação confere-lhes poder e capacidades para responder aos constrangimentos, ainda que essa relação não seja despojada de conflitos e de desequilíbrios entre atores. De certa forma, pode afirmar-se que a cooperação traduz o equilíbrio possível que resulta da negociação de uma ou mais relações de poder.

A alteração da complexidade das cidades, assim como a assunção por parte do Estado da importância de ter parcerias para desenvolver os seus planos para o território promoveu a alteração da visão de planejar esse mesmo território. A necessidade de mudança dos decisores políticos de um planeamento clássico para uma visão estratégica, de entre outros atributos, integrou as preocupações ambientais, a sustentabilidade dos processos a desenvolver, a importância patrimonial tanto ao nível

estético como do reconhecimento de uma identidade(s) coletiva / histórica. Esta transformação de pensamento e método para organizar as cidades deu voz aos atores locais que, com negociação entre os interesses públicos e privados e consequente relação de força entre si, conquistou-se uma gestão do território mais ‘real’.

Capítulo 4 – Colina de Santana: passado e presente

Avaliada a necessidade de compreender as relações de força que relacionam os atores intervenientes no processo de regeneração urbana da Colina de Santana, enquanto objeto de análise, torna-se essencial a apresentação de uma contextualização empírica, encetada por um resumido apontamento histórico sobre a origem da Colina de Santana.

Este apontamento traça a passagem dos edifícios conventuais para uso hospitalar; salienta a construção do novo hospital de Lisboa; a criação do Centro Hospitalar Lisboa Central; sintetiza o conjunto de projetos das áreas dos hospitais e a origem da necessidade da delimitação da Colina de Santana. Por fim, condensa a caracterização da área envolvida: ao nível social, económico e do edificado com base na análise dos documentos existentes e que constituem as propostas para a regeneração desta zona da cidade.

A *Colina de Santana*, estudada no presente trabalho, tem uma recente delimitação específica no território, cujas fronteiras administrativas foram pensadas para o impacto que esta zona da cidade Lisboa terá quando for concretizada a alteração de uso dos hospitais de São José, Santa Marta, Santo António dos Capuchos, D. Estefânia, que cessarão as funções no âmbito da saúde e do Miguel Bombarda, Desterro e São Lázaro (este último não pertencendo à Estamo), que já se encontram desativados.

4.1 Colina de Sant'Ana

O Convento e Ermida de Sant'Ana³⁵, localizado na Rua do Convento de Sant'Ana deram o nome à zona. Foi fundado no Séc. XVI e demolido em 1897. Foi nesta igreja que, de acordo com os registos escritos, repousaram os restos mortais de Luís Vaz de Camões, antes de serem transferidos para o Mosteiro dos Jerónimos.

Foi construído no local o Instituto Bacteriológico de Lisboa, tendo sido também alterado o nome dessa artéria para Rua do Instituto Bacteriológico. Este Instituto foi o

³⁵ Pertencia às Religiosas Terceiras da Ordem de São Francisco, apoiado pela Rainha Dona Catarina (mulher de D. João III);

“primeiro exemplar em Portugal da arquitectura hospitalar (no conceito pavilionar) e laboratorial de investigação projetado e construído de raiz...”³⁶. O Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana, após a implantação da República Portuguesa e a criação da Universidade de Lisboa, foi agregado à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e, na década de 90 do Séc. XX, passou a depender diretamente da Reitoria da Universidade de Lisboa³⁷. A partir de 2008, as principais atividades passaram para o Hospital de Santa Maria, grande parte dos edifícios foram entregues à Universidade Nova de Lisboa, para instalação de um centro de investigação biomédica³⁸, ficando os restantes edifícios sem utilização até hoje.

Só por este pequeno apontamento sobre um local na Colina de Santana onde foram construídos, ao longo dos séculos, diferentes edifícios com vários usos, perceber-se a importância desta colina na vertente histórica, religiosa, de saúde, de conhecimento e patrimonial. Mas, a importância desta colina começou séculos antes com uma das primeiras construções, uma leprosaria, a Gafaria de São Lázaro com registos conhecidos no Séc. XIV. Este local teve vários usos ao longo dos séculos: Gafaria, Hospital de doenças infetocontagiosas, Maternidade Magalhães Coutinho³⁹, Escola de Enfermagem Artur Ravares⁴⁰, Departamento de Ortopedia do Hospital de São José, sendo encerrado no ano 2013.

Nos séculos seguintes foram sendo construídos vários conventos nesta colina da cidade, sendo o maior o Colégio dos Jesuítas de Santo Antão-o-Novo, que aquando do Terramoto de 1755 - que destruiu o Hospital Real de Todos os Santos, situado na base desta colina⁴¹ - foi o escolhido para a transferência de todos os doentes, tendo passado a denominar-se Hospital Real de São José⁴², em honra do Rei de Portugal à altura.

³⁶http://memoria.ul.pt/index.php/Edif%C3%ADcio_principal_do_Instituto_Bacteriol%C3%B3gico_C%C3%A2mara_Pestana;

³⁷ https://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto_Bacteriol%C3%B3gico_de_C%C3%A2mara_Pestana;

³⁸ <https://toponimialisboa.wordpress.com/2018/01/24/a-rua-do-instituto-bacteriologico-de-camara-pestana/>

³⁹ Primeira maternidade de Lisboa (no Hospital de São Lázaro) (Pilão, Ribeiro e Correia, 2015, p. 190). Nota sobre a anterior maternidade: “(...) em 1906, quando era director da única maternidade pública que havia em Portugal, a Maternidade de Santa Bárbara - que funcionava no sótão do Hospital de S. José -, questionara-se se o espaço seria uma "maternidade ou a antecâmara de um inferno feminino". (<https://online.sapo.pt/302671> - 03/12/2013);

⁴⁰ Primeira escola de enfermagem de Lisboa (Pilão, Ribeiro e Correia, 2015, p.190);

⁴¹ O Hospital Real de Todos os Santos foi o primeiro Hospital de Portugal, foi iniciada sua construção no séc. XV e funcionou durante 283 anos. Depois do terramoto os serviços são transferidos para o Convento Jesuíta de Santo Antão –o-Novo em 1775. A expulsão da Companhia de Jesus, em 1759, bem como a

No século seguinte, em 1834, dá-se a extinção das ordens religiosas em Portugal o que veio libertar os conventos da colina, espaço precioso que vai ao encontro da necessidade de colocar camas para doentes dos vários serviços de apoio ao Hospital Real de São José.

Nos finais do séc. XIX início do Séc. XX, os doentes mentais foram transferidos para a quinta de Rilhafoles⁴³ (*Hospital Miguel Bombarda*, encerrado em 2010); os serviços de Venereologia e Sifiligrafia passaram para o Convento de Nossa Senhora do Desterro⁴⁴, onde posteriormente foi fundada a disciplina de Dermatologia (*Hospital do Desterro*, encerrou em 2007); Foi construído um hospital de raiz destinado às crianças (*Hospital Dona Estefânia*, em funcionamento); O único local que fica fora da atual delimitação da Colina de Santana, mas que faz parte integrante da história da saúde em Portugal é o antigo noviciado da Companhia de Jesus em Arroios destinado aos doentes de tuberculose, primeiramente denominado Hospital Rainha D. Amélia, conhecido por *Hospital de Arroios*, e encerrou em 1992;

Este conjunto de hospitais denominados Hospital Real de S. José e Anexos passou a designar-se Hospitais Cíveis de Lisboa⁴⁵ após a Implantação da República. No início do Séc. XX o antigo Mosteiro de Santa Marta é adaptado para receber os serviços do Hospital do Desterro (muito degradado), facto que nunca aconteceu porque após a Implantação da República, Santa Marta é transformado no Hospital Escolar da Faculdade de Medicina de Lisboa⁴⁶. Passados 50 anos estas valências são transferidas para o Novo Hospital de Santa Maria e este local recebe os serviços ligados às

dimensão e qualidade do edifício, fez com que fosse o escolhido pelo Rei. (Pilão, Ribeiro e Correia, 2015, p. 190);

⁴² À entrada do Hospital de São José estão escritas duas letras, o 'S' esta dentro do 'O' de *Omnia Sanctorum*, que significa Todos-os-Santos.

⁴³ O primeiro hospital psiquiátrico do país, com o nome de Manicómio de Rilhafoles.

⁴⁴ Pertenciam os frades da ordem de Cister, inaugurado em 1591. A fundação da disciplina de dermatologia surge pelas mãos dos médicos: Thomaz de Mello Breyner e Luís de Sá Penella. Existe bem preservada uma Coleção de Figuras de Cera exposta no Museu no hospital de Santo António dos Capuchos, vinda do Hospital do Desterro depois deste encerrar.

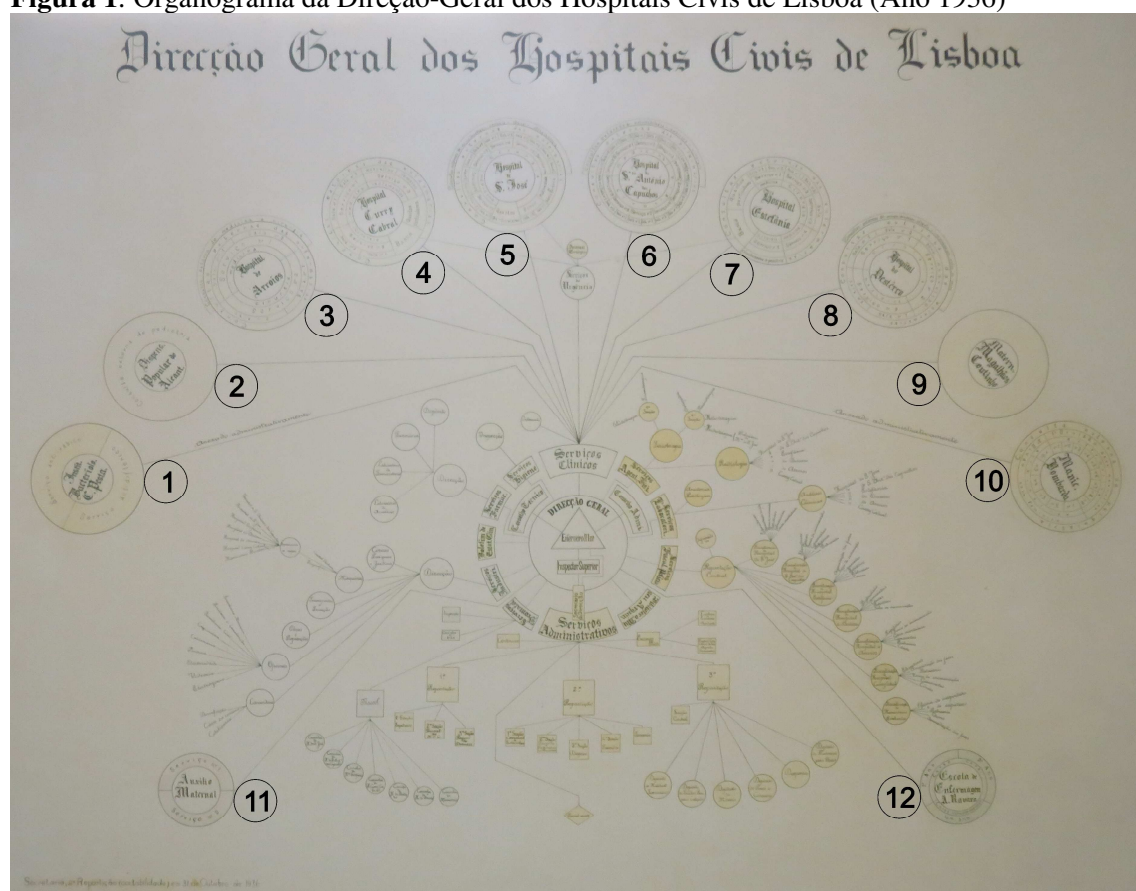
⁴⁵ "Os Hospitais Cíveis reúnem S. José (7 serviços), Capuchos (10 serviços), Estefânia (3 serviços), Arroios (2 serviços), manicómio Bombarda (administração), Dispensário de Alcântara, serviços de anti-rábico e anti-difitétrico no Instituto bacteriológico «Câmara Pestana», e Maternidade «Magalhães Coutinho». Cada serviço inclui duas salas (Homens e Mulheres) (Araújo, 1992, p. 24)

⁴⁶ Neste Hospital Escolar exerceram funções, médicos de renome: Francisco Gentil, Pulido Valente, Fernando Fonseca, Augusto Celestino da Costa. Este hospital, na área da investigação médica, também se destacam médicos: Egas Moniz (único prémio Nobel da Medicina Português), Lopo de Carvalho, Reynaldo dos Santos, Cid dos Santos e Eduardo Coelho). Este local ficou conhecido como Escola Portuguesa de Angiografia. (Pilão, Ribeiro e Correia, 2015, p.193);

patologias cardíacas e vasculares (*Hospital de Santa Marta*, em funcionamento); o Convento de Santo António dos Capuchos⁴⁷, ocupado pelo *Asylo* de Mendicidade de Lisboa, passa em 1928 a ter funções hospitalares (*Hospital de Santo António dos Capuchos*, em funcionamento). (Pilão, Ribeiro e Correia, 2015, pp.190-194).

Para terminar, uma frase de Pilão, Ribeiro e Correia “*Contas feitas, e incluindo apenas os hospitais, o património da Colina de Santana conta com 1143 anos ao serviço de fins religiosos e 1390 anos ao serviço da saúde.*” (Pilão, Ribeiro e Correia, 2015, p.194). Em 1936, os Hospitais Cíveis de Lisboa tinham a seguinte configuração:

Figura 1: Organograma da Direção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa (Ano 1936)



Legenda: No centro do organograma está a Direção-Geral, cujo responsável é o Enfermeiro-Mor. 1) Instituto bacteriológico Câmara Pestana; 2) Dispensário popular de Alcântara; 3) Hospital de Arroios; 4) Hospital Curry Cabral; 5) Hospital de São José; 6) Hospital de Santo António dos Capuchos; 7) Hospital D. Estefânia; 8) Hospital do Desterro; 9) Maternidade Magalhães Coutinho; 10) Manicómio Miguel Bombarda; 11) Serviço de auxílio maternal. 12); Escola de Enfermagem.

Fonte: Fotografia tirada pela autora do presente trabalho a 26 de abril de 2017 no Museu da Saúde (Hospital Santo António dos Capuchos). O original pertence ao Museu Mac-Bride, 573- Centro Hospital Lisboa Central.

⁴⁷“A ocupação do Asylo de Mendicidade, devido ao número asilados, foi necessário ampliar o local, porque isso foi adquirido o Palácio Mello, que ainda hoje faz parte integrante do Hospital de Santo António dos Capuchos.” (Pilão, Ribeiro e Correia, 2015, p. 193);

Sem a pretensão de um excessivo enfoque na História da Colina de Santana apenas se considerou da maior pertinência despertar o interesse pela sua riqueza patrimonial e pelos diferentes paradigmas históricos implicados ao longo do séculos, permitindo evidenciar que tem sido uma zona de acentuadas transformações e onde cada mudança comporta um manancial de informação marcante para a cidade de Lisboa, para o país e para o mundo⁴⁸, bem como permite perceber que as necessidades das zonas urbanas vão sendo alteradas, porque os territórios vão-se adaptando a essas necessidades.

O estudo agora apresentado aborda sobretudo a interferência dos atores (sociais, políticos e económicos) nas mudanças atualmente previstas para a Colina de Santana, devido à decisão do Ministério da Saúde, que determinou o encerramento dos hospitais do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC).

Esta decisão está justificada no relatório elaborado pelo grupo Técnico para a Reforma Hospitalar justificando esta decisão se deve à deslocação da população nas últimas décadas, para os arredores da cidade. Houve assim a necessidade de repensar a oferta hospitalar em Lisboa bem como as necessidades nos arredores. Por este motivo foram inaugurados nas últimas décadas os hospitais: Garcia da Orta (Almada), Amadora Sintra e mais recentemente, os de Cascais, Vila Franca de Xira e Loures⁴⁹. Houve nesta altura também a decisão de alguns destes hospitais serem construídos em Parcerias Público-Privadas (PPP)⁵⁰. Este grupo técnico, considerou que Lisboa deveria ter três grandes pólos da procura de cuidados de saúde: Centro Hospitalar de Lisboa Norte,

⁴⁸ “A expulsão da Companhia de Jesus, em 1759, bem como a dimensão e qualidade do edifício, fez com que fosse o escolhido pelo Rei. A importância do Colégio jesuíta, que funcionou durante 170 anos é uma referência histórica do ensino e da ciência em Portugal, existindo ainda muito bem preservada a Aula da Esfera, local de referência mundial de conhecimento.” (Pilão, Ribeiro e Correia, 2015, p. 190). / “(...) ao que é hoje o Salão Nobre do hospital (de São José), a famosa sala da Aula da Esfera, em que durante 170 anos foram ensinadas ciências exatas - Matemática, Geometria, Aritmética, assim como Náutica, Engenharia Militar e Arquitetura. Estas aulas, muitas vezes dadas por professores jesuítas chegados do estrangeiro (e em muitos casos em trânsito para o Oriente), ficaram na história da Ciência.” Célia Pilão-Diário de Notícias de 18/02/2017 (<https://www.dn.pt/sociedade/interior/colina-de-santana-ha-500-anos-atratar-da-saude-de-lisboa-5675823.html>)

⁴⁹ Conforme referido no Relatório final apresentado em 2011, pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH) -Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar foi criado pelo Despacho n. 10601/2011, do Ministro da Saúde- publicado em DR n.º 162, 2ª série, 24 de Agosto de 2011.

⁵⁰ Parcerias Público-Privadas (PPP) “referem-se a uma forma de cooperação entre sector público e sector privado para provisão de uma infraestrutura. No geral uma empresa privada está encarregada da conceção, construção e financiamento da infraestrutura, bem como a da sua operação e manutenção durante um período da concessão, mediante certas contrapartidas. Findo o período, a infra-estrutura reverte para o Estado, o qual assume então todas as responsabilidades e riscos associados à sua operação e manutenção.” (Pereira, A.M., 2013, p.57)

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e um novo hospital na zona oriental da cidade, que substitui os hospitais do CHLC. O Novo Hospital é um dado adquirido e defendido por todos os Governos desde há mais de uma década. Portanto os principais atores decisores políticos estão não só alinhados com as decisões, como com as diversas alterações que ao longo dos anos têm vindo a apresentar.

Também em março de 2007 foi criado o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE⁵¹, que com “uma lógica de alargamento de hospitais com estatuto de entidade pública empresarial, visou recuperar e rentabilizar as sinergias existentes nos hospitais de S. José, Santo António dos Capuchos, Desterro, Santa Marta e Dona Estefânia, todos eles pertencentes, no passado, ao grupo dos Hospitais Cíveis de Lisboa.”⁵². Em fevereiro de 2012 foram integrados mais dois hospitais, o Hospital Curry Cabral e a e Maternidade Alfredo da Costa⁵³.

Em 2007 foi criada uma estrutura interna para acompanhar o período de transição para o novo hospital na zona oriental de Lisboa. “Atendendo à dimensão e complexidade do projeto de mudança, pretende o CHLC, desenvolver como experiência de gestão com algum caráter inovador, um modelo de contratualização interna, criando para o efeito uma estrutura intermédia de gestão, ágil e operacional, que assuma e execute com eficácia o contrato-programa negociado com o Conselho de Administração” (ReC, 2007, p.7). Este novo hospital implica a desativação dos Hospitais do CHLC, nomeadamente Hospital de São José, Santa Marta, Santo António dos Capuchos, Miguel Bombarda, Desterro (estes dois já desativados), Dona Estefânia, Curry Cabral e Maternidade Alfredo da Costa (nestes últimos, a decisão foi posterior). O presente trabalho contempla os seguintes hospitais integrados na Colina de Santana: de São José, de Santa Marta, de Santo António dos Capuchos, de Miguel Bombarda, do Desterro e por último de Dona Estefânia.

Por último uma breve nota dos processos dos hospitais apresentados pela Estamo⁵⁴ à CML. Com a informação disponível no *site* do Município de Lisboa e no

⁵¹ Mais informação sobre o CHLC ver Anexo 3.

⁵² ReC do CHLC, 2009, p. 4;

⁵³ Decreto-Lei 44/2012, de 23/02/2012;

⁵⁴ A Estamo é uma empresa do Estado cuja função é gerir da melhor forma o edificado que pertence ao Estado. Esta empresa comprou na década passada os seguintes hospitais ao ministério da Saúde: Hospital de São José, Santa Marta, Santo António dos Capuchos, Miguel Bombarda e Desterro).

PUCS estes processos referem-se a Pedidos de informação Prévia (PIP⁵⁵) e propunham como novos usos para os edifícios hospitalares habitação, comércio, serviço e hotelaria, silo automóvel⁵⁶. Atualmente estes processos já não estão válidos.⁵⁷

Com o intuito de promover a importância da parceria com a Universidade Nova de Lisboa na área do conhecimento científico, em 2018, houve uma alteração à designação deste Centro Hospital para CHULC- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

4.1.1 Delimitação

A área geográfica denominada Colina de Santana tem origem no Projeto Urbano da Colina de Santana (PUCS) apresentado em 2013 e todos os documentos seguintes utilizam esta delimitação, incluindo o documento elaborado pela CML, Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana (DEICS). Todo o território da Colina de Santana está integralmente inserido nos limites da Área de Reabilitação Urbana (ARU)⁵⁸ de Lisboa, como se observa na figura 2.

⁵⁵ A informação prévia é um procedimento autónomo e facultativo, que pode anteceder um licenciamento ou comunicação prévia de obras de construção, reconstrução, ampliação, alteração, conservação e demolição de imóveis. Permite a obtenção de informação sobre: Viabilidade de realização de determinada operação urbanística; Respetivos condicionamentos legais ou regulamentares, nomeadamente relativos a infraestruturas, servidões administrativas, restrições de utilidade pública, índices urbanísticos, cêrceas (altura das fachadas relativamente à largura dos arruamentos), afastamentos e demais condicionantes aplicáveis à realização da obra. (<http://www.cm-lisboa.pt/servicos/pedidos/urbanismo-e-obras/obras-de-edificacao-e-demolicao/informacao-previa/o-que>).

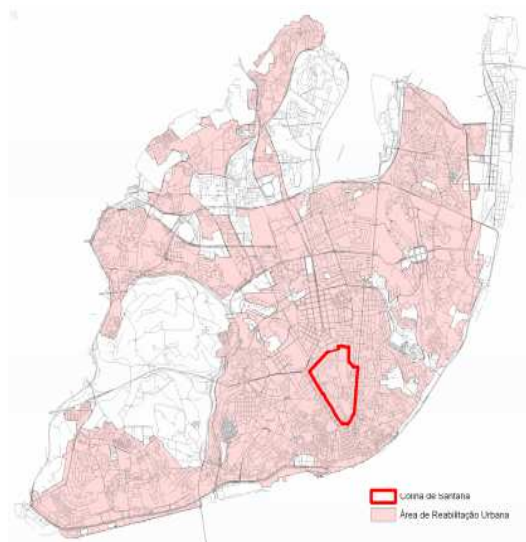
⁵⁶ Mais informação sobre os processos ver Anexo 4.

⁵⁷ A informação de que os PIP's já não estão válidos foi dada pelo Atelier BSoares- PATCS- Contributos;

⁵⁸ A Área de Reabilitação Urbana (ARU) da Cidade está inserida no Regime Jurídico da Reabilitação Urbana (RJRU) (Decreto –Lei n.º 307/2009, de 23 de outubro e teve alterações introduzidas pela Lei n.º 32/2012.) e tem argumentação na Estratégia de Reabilitação Urbana-2012/2024. A ARU foi aprovada em 2012 e alterada em 2015 (aprovada pela Assembleia Municipal de Lisboa pela Deliberação n.º 11/AML/2012 a 20 de março e a 31 de julho de 2015 foi publicada a alteração à delimitação da ARU de Lisboa, pelo Aviso n.º 8391/2015), para eliminar discrepâncias e reforçar a homogeneidade dos limites. Quase toda a área construída da cidade de Lisboa está integrada na ARU. A cada ARU corresponde uma Operação de Reabilitação Urbana (ORU) que pode ser simples ou sistemática, enquadradas pelos instrumentos de programação: Estratégia de Reabilitação Urbana (ERU) ou Programa de Reabilitação Urbana (PERU), que é destacada da atual Área de Reabilitação Urbana de Lisboa. “A Operação e Reabilitação Urbana Sistemática consistem numa intervenção integrada de reabilitação urbana de uma área, à reabilitação do edificado e à qualificação das infraestruturas, dos equipamentos e dos espaços verdes e urbanos de utilização coletiva, visando a requalificação e revitalização do tecido urbano, associada e uma programa de investimento.” (Memória Descritiva da ARU da Rua das Barracas, pág. 5)

As características morfológicas da Colina de Santana, muito bem delimitada entre as Avenidas da Liberdade e Almirante Reis, foram responsáveis pela ocupação ao longo dos séculos, maioritariamente por instituições e serviços públicos (como já tinha sido referido) de grande escala, que representam 30% do território. A restante ocupação é residencial, marcada por edificação de Palacetes na encosta da Avenida da Liberdade e junto ao Paço do Rainha; por ocupação na zona nascente com a proliferação de Vilas e Pátios, como é o caso dos bairros Andaluz e Matadouro e, por último, a zona norte, marcada pelo rigor imposto por Ressano Garcia nos finais do Século XIX, como são o caso dos Bairros de Camões e Estefânia.

Figura 2: Limites da cidade de Lisboa, com identificação da ARU e da delimitação da Colina de Santana.



“A área de intervenção do Projeto Urbano da Colina de Santana do presente documento estratégico é delimitada

a nascente pela Rua José Estevão, Rua Febo Moniz e pela Avenida Almirante Reis, Rua da Palma, Largo do Martim Moniz e Rua D. Duarte;

a sul pela Rua Barros Queirós e pelo Largo de São Domingos;

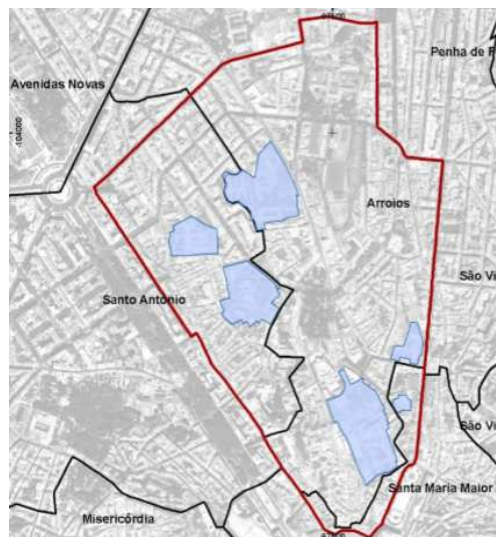
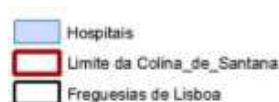
a poente pelo eixo constituído pela Rua das Portas de Santo Antão, Rua de São José e Rua Rodrigues Sampaio e

a norte a Avenida Duque de Loulé, Rua da Escola de Medicina Veterinária, Rua de Dona Estefânia e Rua Alexandre Braga.”

Fonte: Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana, 2014, p. 13 e 230.

Fonte: Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana, 2014, p.194

Figura 3: Identificação da delimitação da Colina de Santana, dos Hospitais: Miguel Bombarda, Santa Marta, Capuchos, São José, Desterro e São Lázaro e das Juntas de Freguesia de Arroios, Santa Maria Maior e Santo António;



Fonte: Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana, 2014, p.13

4.4.2 Caracterização Social, Económica e Urbanística da Colina de Santana

Segundo o Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana (DEICS) e o Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (PATCS), a Colina de Santana⁵⁹, a colina mais central da cidade, tem uma densidade populacional de 10.815 pessoas por Km², muito acima da média do concelho (6.446 pessoas por Km²), mas apresenta um retrocesso populacional (-11%) superior à média da cidade (-3%), excetuando a zona da Avenida Almirante Reis – Desterro- Rua dos Anjos- Estefânia, que apresentam uma dinâmica diferente promovida pela proximidade do trabalho desenvolvido pela zona da Mouraria-Intendente cuja atividade comercial tem vindo a ser difundida pela comunidade.

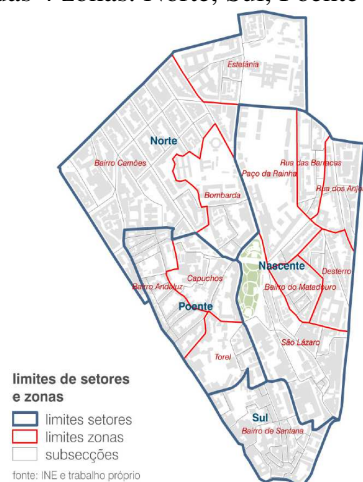
Ainda segundo o DEICS e o PATCS, na última década constata-se uma diminuição do número de famílias (-11,8% contra + 4% da cidade), e uma diminuição do número de agregados familiares e do número de indivíduos por agregado, dos quais 75% são constituídos por uma ou duas pessoas, sendo o aumento de 67,4% destas famílias (significando um aumento superior à média da cidade). O abandono desta colina originou o aumento de fogos vagos (20%). Os alojamentos vagos situam-se maioritariamente em dois locais: em redor do Hospital Miguel Bombarda e na parte

⁵⁹ Os dados aqui apresentados são dos documentos: DEICS e do PATCS;

oeste e noroeste do Hospital do Desterro. Subsequentemente a degradação do edificado (superior à média da cidade, 15,5% e representa 5% do total da cidade). Sobre o edificado, a Colina reúne aproximadamente 3,6% dos edifícios da cidade, dos quais 30,9% foram construídos antes de 1919 e 36,5% entre 1919 e 1945. Esta zona esteve em contraciclo de construção com a cidade entre 1946 e 1960, aumentando o seu edificado apenas em 12,7% enquanto na restante cidade obteve um crescimento de 25%.

Apesar destes dados gerais apresentados, a equipa do PATCS numa visão mais fina conclui que não existe uma Colina de Santana mas um ‘mosaico social e urbano’, (PATCS, 2016, p. 34) tendo encontrado 13 zonas relativamente homogêneas, das quais resultam 4 zonas onde “se expressam as principais e mais fortes tendências sociais, demográficas e urbanísticas” desta Colina: *Norte*: Camões e Estefânia; *Poente*: Torel, Andaluz, Capuchos; *Nascente*: Anos, Desterro, São Lázaro; e *Sul*: Calçada de Santana.

Figura 4: Limites dos bairros e delimitação das 4 zonas: Norte, Sul, Poente e Nascente.



Fonte: Programa Ação Territorial da Colina de Santana- Volume 1: Contributos da Estamo para a proposta de PAT, p. 35

1) o Bairro Camões, um dos primeiros bairros saídos do urbanismo “Ressaniano” das Avenidas Novas, estruturado em torno do eixo Conde Redondo; 2) o Bairro da Estefânia; 3) a zona residencial na vizinhança do antigo Hospital Miguel Bombarda; 4) o Bairro Andaluz, que se estruturou em torno do antigo eixo de saída da cidade, S. José-Santa Marta; 5) a zona dos Capuchos que se organizou em torno do hospital; 6) a zona do Torel, que inclui a zona de palacetes na proximidade do jardim-miradouro do Torel; 7) o Paço da Rainha/Academia Militar; 8) a Rua das Barracas; (9) Rua dos Anjos; 10) a ocupação residencial na proximidade do antigo hospital do Desterro; 11) o bairro do Matadouro; 12) a Rua de São Lázaro; e 13) a zona de Santana, área que se estruturou em torno da Calçada de Sant’ Ana e do Convento da Encarnação.

Os 4 setores podem resumir-se através das seguintes características:

Quadro 1: Características das zonas Norte, Sul, Poente, Nascente da Colina de Santana, no PATCS

<p>Setor Norte Mais edificado; Mais população; Melhores acessibilidades de transportes públicos; Dinâmicas urbana de ligeiramente maior do que os outros setores; Maior n.º de residentes proprietários (42%); Fogos com maior dimensão; Maior presença de aluguer de quartos para Alojamento Local; Maior n.º de alojamentos vagos (1/3 do total n.º edifícios da CS); Maior n.º de edifícios em mau estado; Maior n.º de edifícios e alojamentos da CS.</p>	<p>Setor Poente Vida quotidiana orientada para o lado da Av. da Liberdade que se apoia nos transportes públicos e no comércio local da Rua de São José e de Santa Marta; A maior parte dos edifícios e da população residente fica no Bairro Andaluz; Teve perda demográfica; Mais população envelhecida e vulnerável, maioritariamente mulheres em casa arrendadas, de pequenas dimensões pequenas e uma parte em mau estado; 1/3 dos alojamentos vagos (30.7% em 2011); Destaca-se pelo número de Alojamentos Locais potenciais, devido à proximidade dos transportes públicos, da Av. Da Liberdade e pela vida de Bairro que preserva.</p>
<p>Setor Sul Esta zona é estruturada em torno da Calçada de Santana, que perdeu mais população residente (entre 2001 a 2011); Aumento de fogos vagos (em 2011 eram 34.7%); Predominância de envelhecimento da população e escolaridade baixa; Os dados existentes não coincidem com a constatação empírica, porque se verifica no local um forte aumento da reabilitação do edificado; um forte aumento de Alojamento Local na zona da Calçada de Santana e o aumento do n.º residentes e de comércio também por parte da população imigrante.</p>	<p>Setor Nascente Vida quotidiana virado para eixo comercial e transportes públicos (Av. Almirante Reis); É a zona com maiores contrastes internos; Tem efeitos da dinâmica existente nas zonas Mouraria, Anjos, Arroios; A Rua dos Anjos e Desterro: a) apresentam maiores taxas de crescimento de população residente; b) este aumento trouxe mais população ativa, mais instruída e maior tendência para aquisição de casa própria; c) mas em simultâneo apresentam indicadores negativos ao nível do envelhecimento, juventude e desemprego, sobretudo no Bairro do Matadouro, São Lázaro e Rua das Barracas: envelhecimento, escolaridade baixa, desemprego, população vulnerável; predominam fogos arrendados e com edifícios em mau estado à data; A zona do Paço da Rainha, apesar de perder população residente e ter população envelhecida, tem tendência ligeiramente mais positiva no que respeita ao emprego e à instrução;</p>

Fonte: Programa Ação Territorial da Colina de Santana- Volume 1: Contributos da Estamo para a proposta de PAT, p. 48/49 – Elaboração própria

No PATCS a Colina é, assim, apresentada, com as seguintes particularidades: diversidade morfológica e de tipologia urbana, uma frágil e bastante condicionada estrutura viária, escassa presença de espaços verdes e espaços públicos e um terço do

território ocupado por logradouros privados, com destaques para a Academia Militar e para os hospitais.

Em relação à questão demográfica, a orientação política do município para a reabilitação urbana⁶⁰ visava promover a reocupação dos fogos vagos, incluindo os fogos previstos nos projetos PIP's dos hospitais quando estiverem disponíveis, aumentado, assim, a população residente. Estes dados permitiram ao município prever a evolução da população residente e população prevista para a Colina de Santana, conforme Quadros 2 e 3.

Quadro 2: Evolução da População residente e população prevista para a Colina de Santana

	População Residente	Variação (%)
1991	19041	
2001	15109	-20,7
2011	13446	-11,0
Prospetiva	19145	42,4
Varição 1991/Cenário Futuro		0,5

Quadro 3: População prevista para a Colina de Santana

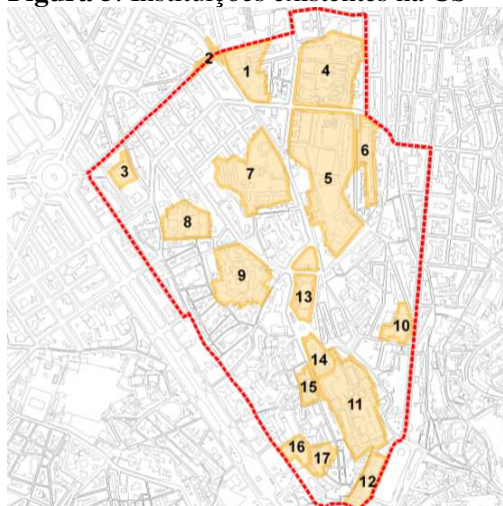
População Residente 2011	13446
População de Fogos de Reocupação	4396
População de Fogos Novos	1303
Total População Prevista	19145

Ffonte: Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana, 2014, p. 49

A ocupação do território, como já foi referido, destaca-se pela quantidade de unidades cadastrais de grandes dimensões, seis das quais são de propriedade da Estamo (identificados a **bold** na Figura 7) e por uma ocupação residencial com caraterísticas muito diferentes entre si (Figura 6).

⁶⁰ Ver Anexo 8 – Potencialidades e tendências de desenvolvimento do parque habitacional e quais as intervenções municipais prevista para a Colina de Santana.

Figura 5: Instituições existentes na CS



Fonte: Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana, 2014, p.195

Legenda: 1.Polícia Judiciária; 2.Parque de estacionamento subterrâneo no topo da Av. Duque de Loulé (previsto); 3.Convento de Santa Joana (atual Núcleo de Logística da PSP. com PIP aprovado); **4.Hospital de D. Estefânia**; 5.Academia Militar; 6.Quartel da GNR; **7.Hospital Miguel Bombarda** (desativado); **8.Hospital de Santa Marta**; **9.Hospital dos Capuchos**; **10.Hospital do Desterro** (desativado); **11.Hospital de São José**; 12.Martim Moniz – Edifícios EPUL (habitação, Centro de Saúde e Quartel de Bombeiros); 13.Campo Mártires da Pátria; 14.Universidade Nova de Lisboa; 15.Instituto Bacteriológico Câmara Pestana; 16.Coliseu dos Recreios; 17.Convento da Encarnação.

Figura 6: Ocupação residencial



Fonte: Programa Ação Territorial da Colina de Santana-Vol.1: Contributos da Estamo para a proposta de PAT, p.31

Nesta figura percebemos as diferenças existentes no território, devido distintas as construções dependendo de cada época, como por exemplo os “4 bairros (Santana, Andaluz, Camões e Desterro) que são a expressão física das atitudes de planificação do território, assumidas em momentos históricos diferentes; 4 áreas (S. Bernardino, S. Lázaro, Mastro/Bemposta e Anjos) que se caracterizam, sobretudo pelo ‘não desenho’ e pelo sentido prático de adaptação a vários condicionalismo, nomeadamente topográficos e cadastrais” (informação n. 1586/DSPAA/2013, DGPC de 27/06/2013)

Em relação ao uso dos edifícios na zona da Colina de Santana, os edifícios principalmente não residenciais representam 4,2% do total, com uma expressão maior do que na cidade (2,1%) principalmente devido às “atividades económicas e serviços sediados na área, ligadas na sua globalidade, direta e indiretamente, ao setor da saúde (Hospitais; Universidade, Institutos Médicos e outros serviços afins)” (DEICS, 2014, p. 54 e 57). Segundo o Documento Estratégico de Intervenção, os promotores dos projetos

para a área da Colina de Santana têm alterado a intenção das propostas submetidas ao Município.

4.2 O presente na Colina de Santana

A descrição objetiva dos documentos que integram as propostas de transformação do espaço da Colina de Santana, traduzem um conjunto de estudos de vária ordem, com uma vasta abrangência disciplinar, revelando-se fundamental a sua análise para a tomada de conhecimento da evolução do processo em causa.

Estes projetos fazem parte de toda a dinâmica de transformação a que a Colina se encontra votada e a partir dos quais nos é permitido caracterizar social, ambiental, patrimonial, histórica, económica, científica e culturalmente a Colina de Santana.

A partir da decomposição da informação contida nos documentos: Plano Urbano da Colina de Santana, Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana e Relatório do Programa Ação Territorial da Colina de Santana – Volume 1⁶¹, é-nos assim possível compreender melhor o processo de transformação da Colina de Santana.

O Projeto Urbano da Colina de Santana (PUCS, 2013), elaborado pelo Atelier da Arq^a. Inês Lobo, a pedido da Estamo, caracteriza a zona através da sua história: origem e evolução; o valor arquitectónico existente no qual identifica os edifícios e conjuntos de edifícios com valor histórico e artístico e valor patrimonial existentes (edifícios indicados como interesse municipal, público e nacional); e pela análise urbanística: os bairros e grandes espaços que marcam a Colina. Apresenta os parâmetros urbanísticos e integradores propostos para os Pedidos de Informação Prévia (PIP's) dos hospitais e outros grandes espaços da Colina; e deixa um vasto e rico testemunho fotográfico do espólio patrimonial existente na Colina de Santana. Este Projeto Urbano identificou oito grandes áreas no território da Colina de Santana que denominou de Unidades de Intervenção: U1- Hospital de São José; U2-Hospital Miguel Bombarda;

⁶¹ No presente trabalho são referidos dois PAT's: 1) *PATCS-CML* criado e coordenado pela CML, no seguimento da Deliberação n.º 65/AML/2014 e da aprovação da Proposta 221/CML2014 e 2) *PATCS-Contributo* elaborado pelo Atelier Bruno Soares Arquitetos, a pedido da Estamo (proprietária dos hospitais da Colina de Santana e requerentes dos projetos). Esta *PATCS- Contributo* é um documento cujo teor servirá como contributo para o *PATCS- CML* (última versão de 2016).

U3- Hospital dos Capuchos; U4-Hospital do Desterro; U5-Hospital Santa Marta; U6-Convento de Santa Joana; U7- Hospital da Estefânia e U8-Academia Militar.

É referido neste documento que a transferência das funcionalidades dos hospitais irá trazer acentuadas transformações nas dinâmicas desta zona, pelo que será necessário encontrar soluções para as atividades económicas que atualmente vivem dessas mesmas dinâmicas resultantes destes grandes equipamentos, devendo ser prestada especial atenção à possibilidade de implementação de serviços públicos (incluindo camarários) e privados, dentro e fora das grandes unidades.

O Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana (DEICS, 2013/14) foi elaborado pelo município em 2013 (e alterado em 2014), com dados dos Censos de 2001 a 2011 e do Sistema Informático de Gestão Urbanística do Município entre 2003 e 2013.

Este Documento surge da necessidade de aprofundar o conhecimento do território da Colina, depois da apresentação do PUCS. Apresenta a informação muito detalhada ao nível do enquadramento dos instrumentos de gestão territorial, demografia, edificado e dinâmica urbanística, segurança, equipamentos colectivos, ambiente e paisagem, acessibilidades, economia, património cultural, critérios de intervenção sobre os elementos construídos, áreas a reabilitar e eficiência ambiental.

Este Documento tem como objetivos: a *identificação* do território como Colina do Conhecimento (atividade ligada à Economia do Conhecimento e apostada no Turismo Cultural); o *reforço* da componente residencial (por ser uma zona recatada e atrativa, onde se consegue ao mesmo tempo um relativo isolamento e uma proximidade ao Centro Histórico e aos eixos centrais da Cidade), a *afirmação* enquanto Eco-Bairro Histórico (aposta na reabilitação urbana, melhoria da ambiência urbana e da eficiência ambiental, designadamente tirando partido do aproveitamento do potencial solar).

No capítulo 10, do Património Cultural, descreve-se de forma exaustiva a área de intervenção da Colina de Santana através da estrutura cadastral, dos valores Culturais (Bens culturais imóveis); bens culturais imóveis dentro das unidades Estamo; no Eixo

Rua de São José / Rua das Portas de Santo Antão; sobre o património integrado; sobre bens culturais móveis e sobre áreas de valor arqueológico.

No DEICS, no final de cada uma das áreas acima mencionadas, há propostas de novos equipamentos em quase todos os domínios, com cariz de proximidade para promover relações de vizinhança privilegiando a escala de bairro. Apresenta os Critérios de Intervenção dos elementos construídos sobre cada um dos hospitais: São José, Miguel Bombarda, Capuchos e Santa Marta, referindo as obrigações legais. Termina com um Quadro Síntese de Ações (Anexo 9) que incluem a identificação das ações por domínios integrados nas áreas dos hospitais a encerrar, tendo também definidas ações noutros locais da Colina e decididos equipamentos coletivos com local a definir. Todas estas ações têm entidades responsáveis pelo seu desenvolvimento.

O Programa de Ação Territorial da Colina de Santana⁶² (PATCS-Contributo) foi elaborado pelo Atelier Arq. Bruno Soares, em 2016, a pedido da Estamo, integra dados do município de Lisboa (UCT/ UIT Centro – 2013/14) e documentos anteriores. Tem como objetivo geral apresentar a transformação territorial e urbanística, sobre a qual são apresentadas ações a implementar, tendo em conta as especificidades de cada setor/ domínio.

A eficácia deste Programa não reside na alteração do que já está estipulado no PDM nem no DEICS, mas sim na sua capacidade em organizar os recursos e meios disponíveis quando os hospitais encerrarem, tentando minimizar os aspetos negativos que daí possam surgir.

No PATCS, é proposta uma estratégia de implementação, com pressupostos muito específicos e com indicação do seu desenvolvimento num horizonte temporal de pelo menos 10 anos com duas fases: pré e pós encerramento. Na fase pré encerramento⁶³, iniciar a regeneração da área do antigo Hospital Miguel Bombarda e

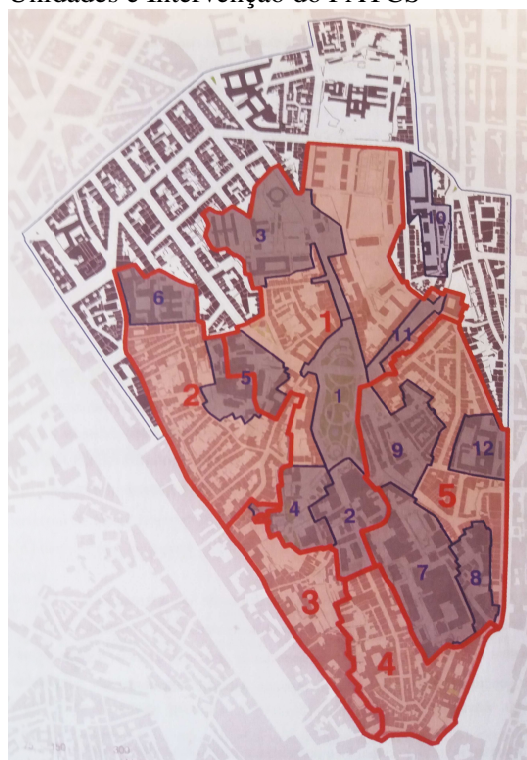
⁶² O Atelier Bruno Soares elaborou e entregou à Estamo os primeiros relatórios em 2014 e o último, Relatório Final, em 2016 (dois no ano 2014 e dois no ano 2015 e o último na versão de 2 Julho 2016). Este último é constituído por dois volumes: **Volume 1- Contributos da Estamo para a proposta do PAT;** e **Volume 2- Enquadramento das operações urbanísticas da Estamo PAT da Colina de Santana – Minutas dos Termos de Referência.** Só tivemos acesso ao Volume 1.

⁶³ Este Atelier tem como um dos pressupostos base do PAT, que, para o Hospital do Desterro como tem um protocolo assinado entre Estamo, CML e Mainside, para dinamizar o hospital e zona envolvente, não foram pensadas nenhuma ações no âmbito do PAT;

ações pontuais nos outros hospitais (instalação Museu da Saúde), revitalização da vida urbana local (reabilitação urbana e requalificação do espaço público), melhoria das acessibilidades ou parcerias com entidades locais (públicas e privadas) para desenvolver ações culturais, sociais e económicas). Em relação à fase pós encerramento, os Termos de Referência para os futuros projetos dos hospitais (São José, Santa Marta, Miguel Bombarda, Desterro e Capuchos), ficariam definidos neste documento com o intuito de que à data do encerramento destes não houvesse a possibilidade de surgirem efeitos negativos nas zonas envolventes.

No PATCS são reconhecidas 5 áreas intervenções concertadas⁶⁴ ‘potencialmente motoras do processo de mudança’, destacando-se como área central da Colina de Santana (Figura n.º2).⁶⁵

Figura 7: Áreas de intervenção Concertada e Unidades e Intervenção do PATCS



Legenda:

Áreas de intervenção concertada:

- 1- Área Central da CS (Plateau);
- 2- Bairro Andaluz;
- 3- Portas de Santo Antão;
- 4- Calçada de Santana/ Martim Moniz;
- 5- São José / Desterro.

Unidades de Intervenção:

- 1- Largo do Campo de Santana/ Campo Mártires da Pátria;
- 2- Faculdade de ciências Médicas;
- 3- Miguel Bombarda/ Gomes freire;
- 4- Torel;
- 5- Capuchos;
- 6- Santa Marta;
- 7- São José;
- 8- São Lazaro;
- 9- Largo do Mastro/ Pateo do Moca;
- 10- Rua das Barracas/ GNR;
- 11- Paço da Rainha.

Legenda

- AIC
- UI
- Limite PAT

Fonte: Programa Ação Territorial da Colina de Santana- Vol.1: Contributos da Estamo para a proposta de PAT, p.65

⁶⁴ “Áreas de Intervenção Concertada (AIC) traduzem a relação das ações e projetos com as zonas da ‘leitura compreensiva’ do espaço urbano...” (PATCS, 2016, p. 63); Apresentam também 11 Unidades de Intervenção com as ações definidas e com as entidades responsáveis identificadas “Unidades de Intervenção (UI) constroem categorias operativas que devem garantir as articulações e interdependências entre diversas ações...” (PAT-Contributo, 2016, p. 63);

No entanto, a notoriedade de alguns projetos em curso como: o Museu da Saúde; o Polo de Investigação e Inovação; a Reabilitação Urbana (incluindo a reconversão do Hospital Miguel Bombarda e requalificação da Rua Gomes Freire, Campo de Santana/ Mártires da Pátria e melhoria de Acessibilidades à Colina) e o Eco-Bairro potenciarão a evolução do PATCS e o sucesso da regeneração da Colina de Santana.

Entre 2003 e 2009 mais de 50% dos pedidos eram no sentido de alterar o uso e a partir de 2010 passaram a ser orientadas para projetos de alteração, de ampliação, de conservação e de construção (sendo menor esta última opção) para habitação. (DEICS, 2014, pp.54 -57).

Outra das dimensões analisadas pelo DEICS é a economia na Colina de Santana tendo essa área sido dividida em: *Centro Hospital Lisboa Central*, por *Turismo*; por *Tecido Empresarial*; e por *Comércio a Retalho*⁶⁶, estando as unidades hoteleiras na Rua dos Anjos, Rua de São José e a norte Bairro de Camões (virado para Av. Duque de Loulé e Marques de Pombal) e os estabelecimentos comerciais concentrados a sudoeste do hospital de São José com comércio de artigos de uso pessoal. A alteração prevista para a Colina considera o município que “(...) *é nossa percepção que a transferência destes serviços (dos hospitais) não afetará, de forma significativa, o comércio e a restauração, pois, e, uma vez mais, este tipo de comércio é procurado, não só pelos moradores, mas também pela população de toda a cidade.*” (DEICS, 2014, p.175).

No Programa de Ação Territorial foi considerada uma zona central denominada ‘Plateau’ que é geograficamente a zona central da Colina de Santana (Figura 8). Esta zona integra parte dos 4 setores acima referidos (Norte Sul Poente e Nascente), já que diz respeito a um conjunto de problemas comuns e potencialidades específicas. Organiza-se em torno do Largo do Campo de Santana, Mártires da Pátria e representa

⁶⁶ *Turismo*: oferta hoteleira contemplada com 10 unidades hoteleiras (696 quartos e 1.227 camas) cuja taxa de ocupação média entre janeiro a agosto de 2013 no conjunto dos hotéis foi de 64%; *Tecido Empresarial*: sociedades com sede na Colina, em 2011 estavam sediadas na Colina de Santana 1.680 sociedades (90% com menos de 9 empregados). As empresas de serviços que mais se destacam pela dimensão são 9, sendo que destas 7 têm 250 empregados ou mais⁶⁶; e por *Comércio a Retalho*, dividido por Comércio Alimentar (10,8); Artigos de Uso Pessoal (15.3%); Equipamento do Lar (5.9%); Saúde e Higiene (3.8%); Cultura/Lazer (8%); Diversos (13.6%); Restauração e Bebidas (35.7%). Sendo este última a área que representa mais número de empregados. (DEICS, 2014, PP. 165-172)

27% da área da Colina, mas só detém 13% da população residente e traduz pouca presença de comércio local.

Figura 8: Plateau Central da Colina de Santana



“Trata-se de um espaço com história e com uma forte carga imagética com potencial de permanecer uma referência na cidade à semelhança do papel que o Príncipe Real e o Campo de Santa Clara têm nas respetivas colinas. Por esta razão (...) deve considerar-se no PAT como área privilegiada de intervenção concertada e prioritária para o desenvolvimento das dinâmicas de transformação pretendidas para a Colina de Santana.” (PATCS, 2016, p.59)

Fonte: Programa Ação Territorial da Colina de Santana-Vol.1: Contributos da Estamo para a proposta de PAT, p. 51

A caracterização do Colina, como já foi referido, foi elaborada a partir dos três documentos, todos sugerindo que será uma oportunidade para o desenvolvimento desta zona da cidade a muitos níveis, nomeadamente, a possibilidade de aumento de população, novos estímulos à economia com novos investimentos promovendo a resolução de alguma lacunas que esta Colina tem, como a acessibilidade.

A regeneração urbana anunciada por estes documentos já é, hoje em dia, visível no território. Desde a reabilitação de fogos e de edifícios (visível empiricamente), aos Programas de Renda Acessível (PRA) em desenvolvimento (Rua das Barracas, Rua de São Lázaro e Rua Gomes Freire), às intervenções no espaço público (Paço da Rainha, Largo do Campo de Santana, Mártires da Pátria); ao *Festival Todos* (3 anos a dinamizar a Colina de Santana), às parcerias entre município, Juntas de Freguesia e atores locais (protocolo entre a Freguesia de Arroios e o Colégio Militar, que abriu à população a possibilidade de utilizar os equipamentos daquele espaço); entre muitos outros exemplos.

Capítulo 5 – Estratégia de atores do processo de regeneração urbana da Colina de Santana

Como já foi observado no início deste trabalho a decisão de encerramento dos hospitais da Colina de Santana tem mais de uma década e o conhecimento público do assunto deu-se em 2013, e desde então muito foi dito, escrito e feito, na sua maioria sobre a salvaguarda dos edifícios conventuais dos hospitais, mas não só.

A *Colina de Santana* foi delimitada em 2012 e começou a sofrer influências ‘externas’ pois o assunto ‘Colina de Santana’ encontrava-se na atualidade, mas também porque a conjuntura económica foi propícia a que investimentos no domínio imobiliário e no turismo se desenvolvessem intensamente por toda a cidade.

A questão que iniciou todo este processo foi o conhecimento dos Pedidos de Informação Prévia (PIP’s) dos Hospitais de São José, Santa Marta, Capuchos e Miguel Bombarda. Realizaram-se muitos debates, muitos seminários, apresentações, artigos publicados, trabalhos académicos e tudo o que os processos implicariam na área dos Hospitais, mas também nas zonas limítrofes.

Neste caso, as influências foram, de certa maneira, pensadas para o pós-encerramento dos hospitais e sobretudo para a salvaguarda do património, tendo sido estes temas os principais alvo de preocupação e que motivou uma acérrima discussão entre os anos 2013 a 2015. Mas desde 2016 que se encontra fora da atualidade, aguardando decisões concretas de construção do novo hospital e consequente encerramento dos hospitais do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC). Para acautelar a degradação social, económica e do edificado na zona que se pode desenvolver rapidamente se não for ponderada atempadamente uma estratégia integrada a opção foi desenvolver um processo de regeneração da Colina de Santana.

Dada a complexidade da realidade em análise e da incerteza que lhe está associada, considerou-se pertinente aplicar uma metodologia prospetiva de forma a classificar e organizar as variáveis dos sistemas, atual e potencial da Colina de Santana,

assim como identificar os principais atores que estão associados a essas mesmas variáveis.

Para tal, optou-se por desenvolver duas etapas do Método dos Cenários, a Análise Estrutural e a Análise de Estratégia de Atores, desenvolvido por Michel Godet e sua equipa em 1990.

5.1 As Variáveis no processo de Regeneração da Colina de Santana

A decisão acerca de quais as variáveis que melhor caracterizariam o sistema da Colina de Santana, passou por um trabalho intenso de pesquisa e leitura de dados existentes, como sejam: o Documento Estratégico de Intervenção para a Colina e Santana, o Plano Urbano da Colina de Santana, informação sobre os Projetos, Relatórios dos Debates ocorridos na Assembleia Municipal de Lisboa, documentos históricos, debates, exposições e visitas guiadas, entre outros, sobre a Colina de Santana e o recurso a uma entrevista exploratória. A enumeração de temáticas desta informação revelou-se complexa, dada a necessidade de apresentar uma considerável abrangência através da seleção de um número razoável de variáveis. Com a redução de algumas variáveis iniciais, chegou-se a um total de 31, das quais 14 são variáveis Atuais, ou seja, variáveis que permitem medir o impacto no sistema atual da Colina de Santana e 17 são variáveis Potenciais, isto é, são as que estão a emergir mas através das quais ainda não se consegue medir o seu efeito no sistema (listagem em Anexo 10).

Após esta caracterização do sistema, na qual foram identificadas as variáveis Atuais e Potenciais, deu-se início ao trabalho de construção de uma Matriz de Relações Diretas entre Variáveis, onde se confrontam a influência direta que cada variável tem em relação a todas as outras variáveis. A construção desta Matriz revelou-se um exercício muito exigente, implicando por parte do investigador a necessidade de reformular algumas das variáveis iniciais, retirar outras e acrescentar algumas que surgiram como fundamentais para a análise.

A partir da estabilização das 31 variáveis deu-se início ao trabalho de construção de duas matrizes de relações diretas: uma do Sistema Atual e outra do Sistema Potencial. Estas matrizes são booleanas, o que significa que se uma variável influencia diretamente outra assume o valor 1, se não tem qualquer relação direta assume o valor 0. Com esta etapa adquire-se a informação necessária à utilização do programa MICMAC (Matriz de Impactos Cruzados, Multiplicação Aplicada a uma Classificação) que permite a partir das matrizes referidas, encontrar as relações indiretas entre as variáveis dos sistemas atual e potencial⁶⁷.

Com o resultado obtido, as relações indiretas entre as variáveis são ordenadas por ordem crescente do seu grau de motricidade e de dependência indiretas, permitindo a construção de um plano de motricidade/ dependência indireta estandardizado⁶⁸. As variáveis são classificadas em cinco grupos: variáveis *motrizes*, são muito influentes e pouco dependentes (segundo quadrante); variáveis *dependentes*; muito dependentes e pouco motrizes (quarto quadrante); variáveis de *ligação*, são muito dependentes e muito motrizes (primeiro quadrante); variáveis de *pelotão*, são as variáveis que ainda não se consegue prever em que quadrante se situam e variáveis *excluídas*, nada dependentes e nada motrizes (terceiro quadrante). Estes resultados são apresentados nas figuras 9,10, 11, 12⁶⁹.

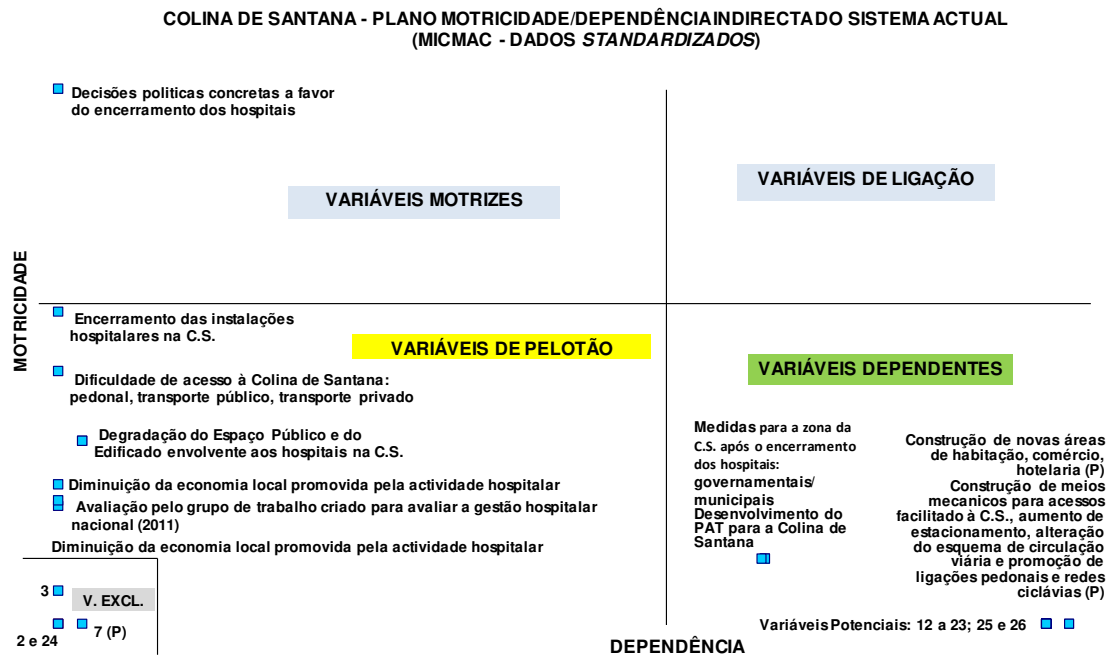
O sistema atual mede a influência que as variáveis Atuais têm no sistema (Figuras 9 e 10), obtendo-se maioritariamente variáveis muito indefinidas, de *pelotão* seguindo-se as variáveis *dependentes*.

⁶⁷ A relação direta significa que uma variável influencia diretamente outra variável. A relação indireta significa que uma variável pode influenciar outra variável através da variável que influenciava diretamente. Ou seja, se a variável A influencia B diretamente e se B influencia C diretamente, então A influencia C indirectamente, via B;

⁶⁸ O eixo das abcissas e das ordenadas variam entre 0 e 1 e representam, por ordem crescente, o grau de dependência indireta estandardizado e o grau de motricidade indireta estandardizado, respetivamente- os dois eixos dividem-se na coordenada (0,6; 0,6), formando os quatro quadrantes.

⁶⁹ Em Anexo 11A – Colina de Santana Sistema Atual *versus* Sistema Potencial – Classificação MICMAC (dados estandardizados).

Figura 9: Plano de Motricidade / Dependência Indirecta do Sistema Actual da Colina de Santana (MICMAC – dados estandardizados)



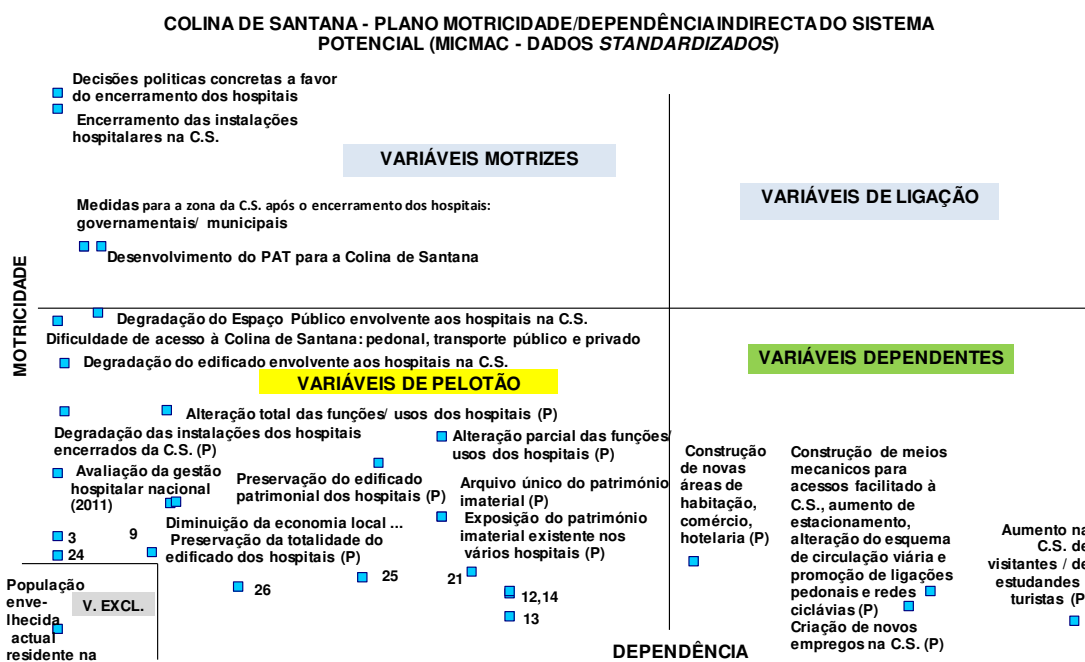
O que a análise estrutural nos mostra, neste plano é que o sistema Actual é muito incerto. Esta incerteza provém de só existir uma variável motriz ‘Decisões políticas concretas a favor de encerramento dos Hospitais’ (v.27) que, como se percebe é o pressuposto principal de todo o processo de regeneração urbana da Colina de Santana. Assim como as 19 variáveis muito *dependentes* e pouco *motrizes*, variáveis *dependentes* dependem maioritariamente da decisão da variável motriz para o seu desenvolvimento. De destacar que das 19 variáveis *dependentes*, 16 são potenciais, ou seja estão a emergir, sendo que a sua evolução / concretização depende muito das decisões políticas para a Colina de Santana.

Figura 10: Colina de Santana - Sistema Atual - Classificação MICMAC (dados estandardizados)

COLINA DE SANTANA - SISTEMA ACTUAL - CLASSIFICAÇÃO MICMAC (DADOS STANDARDIZADOS)	
VARIÁVEIS MOTRIZES	VARIÁVEIS LIGAÇÃO
27. Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	
VARIÁVEIS EXCLUÍDAS	VARIÁVEIS DEPENDENTES
2. População envelhecida actual residente na C.S.	10. Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)
3. Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	11. Construção de meios mecanicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)
7. Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	12. Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)
24. Existência de um Museu da Saúde no Hospital dos Capuchos (2017)	13. Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)
	14. Aumento da população residente na C.S. (P)
	15. Criação de novos empregos na C.S. (P)
	16. Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)
	17. Preservação da totalidade do edificado dos hospitais (P)
	18. Preservação do edificado patrimonial dos hospitais (P)
	19. Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)
	20. Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)
	21. Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
	22. Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
	23. Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
	25. Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)
	26. Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)
	29. Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais
	30. Medidas municipais para o zona da C.S. após o encerramento dos hospitais
	31. Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades
V. PELOTÃO	
1. Encerramento das instalações hospitalares na C.S. 4. Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar 5. Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S. 6. Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S. 8. Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado 9. Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S. 28. Avaliação pelo grupo de trabalho criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	

Já no sistema Potencial, que representa a influência das variáveis atuais e potenciais no sistema (estas últimas que sabemos que estão a emergir neste processo) (Figuras 11 e 12), verifica-se que as variáveis *motrizes* passam de uma para cinco, sendo o ‘Encerramento das instalações hospitalares na C.S.’, as ‘Medidas governamentais para a zona da C.S. após encerramento dos hospitais’, as ‘Medidas municipais para a zona da C.S. após encerramento dos hospitais’, e o ‘Desenvolvimento do PAT-Programa de Ação Territorial para a C.S.’, que atuam no Sistema Potencial as que representam as decisões políticas mais relevantes para o início do processo de regeneração da Colina de Santana.

Figura 11: Plano de Motricidade /Dependência indirecta do Sistema Potencial da Colina de Santana (MICMAC – dados estandardizados)



Ao considerar a atuação das variáveis Potenciais no sistema, há um aumento do número de variáveis de *pelotão*, passando de sete para vinte. Isto significa que estas variáveis já não são tão dependentes, aumentando a incerteza do sistema, porque efetivamente não se sabe onde se irão colocar quando houver decisões concretas.

Todas as variáveis que se mantiveram no quarto quadrante (variáveis *dependentes*), são variáveis potenciais: ‘Construção de novas áreas de habitação, comércio e hotelaria’, ‘Construção de meios mecânicos para acesso facilitado à C.S.’, ‘Aumento de estacionamento, alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes clicáveis’, ‘Criação de novos empregos’ e ‘Aumento de n.º visitantes/ estudantes / turistas’. Manterem-se no quarto quadrante significa que as variáveis são muito *dependentes* e pouco *motrizes*. Estas variáveis têm um cariz de realização mais visível porque implicam construção efectiva e a criação de novos empregos. Estas variáveis só se tornaram viáveis após decisões políticas concretas e realização de muitas outras variáveis do sistema.

Também é de ressaltar que as três variáveis de *pelotão* que estão em melhores condições de se deslocarem do terceiro (variáveis *pelotão*) para o segundo quadrante (variáveis *motrizes*) têm características efetivas do território, tendo que ser geridas pelos decisores políticos com cuidado, para não se tornarem problemas acrescidos nesta colina, como o retardamento do desenvolvimento do processo de regeneração da zona. As variáveis são a ‘Degradação do espaço público na zona envolvente aos hospitais da C.S.’ e ‘Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.’. A terceira variável ‘Dificuldade de acesso à C.S. (pedonal, transportes públicos, transporte privado)’, pode tornar-se motriz e a sua importância é a de conseguir ultrapassar um dos problemas deste território, facilitando o acesso à Colina, para que não permaneça um problema, como foi identificado em documentos oficiais.

Figura 12: Colina de Santana - Sistema Potencial - Classificação MICMAC (dados estandardizados)

COLINA DE SANTANA - SISTEMA POTENCIAL - CLASSIFICAÇÃO MICMAC (DADOS STANDARDIZADOS)	
VARIÁVEIS MOTRIZES	VARIÁVEIS LIGAÇÃO
1. Encerramento das instalações hospitalares na C.S. 27. Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais 29. Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais 30. Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais 31. Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	
VARIÁVEIS EXCLUÍDAS	VARIÁVEIS DEPENDENTES
2. População envelhecida actual residente na C.S.	10. Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P) 11. Construção de meios mecânicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P) 15. Criação de novos empregos na C.S. (P) 16. Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)
V. PELOTÃO	
3. Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.) 4. Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar 5. Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S. 6. Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S. 7. Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P) 8. Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado 9. Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S. 12. Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P) 13. Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P) 14. Aumento da população residente na C.S. (P) 17. Preservação da totalidade do edificado dos hospitais (P) 18. Preservação do edificado patrimonial dos hospitais (P) 19. Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P) 20. Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (P) 21. Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P) 22. Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P) 23. Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P) 24. Existência de um Museu da Saúde no Hospital dos Capuchos (2017) 25. Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P) 28. Avaliação pelo grupo de trabalho criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	

O que podemos reter desta análise estrutural é que o sistema Atual é muito incerto, devido à importância da decisão de encerramento dos hospitais, que potenciará o desenvolvimento mais concreto da regeneração da Colina. Em relação ao sistema potencial, que representa a influência das variáveis Atuais e Potenciais emergindo neste processo, este sistema torna-se mais sólido porque se verifica um aumento de variáveis *motrizes*, variáveis que efetivamente têm significado essencial para este processo, bem como pela deslocação de algumas das variáveis para *pelotão* que poderão, ou não, beneficiar a concretização do processo de regeneração urbana da Colina de Santana.

5.2 Atores do processo de Regeneração da Colina de Santana

Como se referiu, além da Análise Estrutural, privilegiou-se em termos metodológicos, o Método de Análise da Estratégia de Atores, uma das etapas do Método dos Cenários, sendo o MACTOR (Método ACTores, Objetivos, Relações de força) o procedimento que iremos desenvolver.

Este método permite a identificação dos desafios estratégicos e dos objetivos que lhes estão associados dos atores com intervenção no processo. Por ser “uma das etapas da metodologia prospetiva de elaboração de cenários, (...) pode ser utilizada isoladamente, constituindo um bom instrumento na dinamização da participação de qualquer mudança.” (Perestrelo, 2005, p.156) como é o caso do presente trabalho.

A característica principal deste método é a sua capacidade de simplificação e de organização da informação de uma forma metódica e facilmente perceptível pelos atores (Perestrelo, 2005, p. 153). As etapas da Análise da Estratégia de Atores descritas por Godet e aperfeiçoadas por Perestrelo são cinco: 1) Construção do Quadro de Estratégia de Actores e identificação dos objetivos; 2) Estudo das relações de força existentes entre atores; 3) Estudo de implicação de atores; 4) Estudo do Grau de Mobilização e de Conflitualidade dos objetivos; e 5) Detecção de grupos de atores, do seu posicionamento, alianças e conflitos. (Perestrelo, 2005, pp.155-156).

A partir do resultado da análise estrutural e do trabalho prévio de leitura, selecionaram-se os atores com interferência no processo de regeneração da Colina de Santana. Para tal, construímos um quadro que relaciona as variáveis do sistema Atual e Potencial com os atores selecionados (Anexo 12) com uma visão do sistema Atual e Potencial dando origem a um guião muito abrangente com áreas muito distintas como o edificado dos hospitais, saúde, património, ciência e ensino, mobilidade urbana, população, sempre com o objetivo de perceber quais os principais desafios, objetivos, meios de ação, bem como os obstáculos de cada um dos atores, assim como os atores com quem se relacionam.

Foram identificados dezanove atores, dos quais apenas doze acederam a ser entrevistados (lista dos atores entrevistados em Anexo 13).

Quadro 4: Listagem de Atores identificados no processo da regeneração da Colina de Santana

1	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT)
2	Administradora Hospitalar do Gabinete do Património cultural do CHLC (AHGPC-CHLC);
3	Assembleia Municipal de Lisboa (AML)
4	Atelier Bruno Soares Arquitectos – (Bsoares-PAT- Contributos) elaborou PAT-Contributos para a Estamo
5	CML- Departamento de Projetos Estruturantes (CML-DPE)
6	Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)
7	Direcção-Geral de Património Cultural (DCPC)
8	Estamo- Participações Imobiliárias, SA. (Estamo) É a empresa proprietária dos Hospitais da Colina de Santana e requerentes dos projetos PIP's
9	Dr. Francisco Cal (ex- presidente da Estamo. Foi a pessoa que acompanhou todo o processo na Estamo)
10	Atelier Inês Lobo Arquitectos (ILobo-PUCS) - Elaborou o Plano Urbano da Colina de Santana para a Estamo
11	Comissão Nacional Portuguesa do Internacional Council of Museums (ICOM)
12	Comissão Nacional Portuguesa do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios (ICOMOS)
13	Junta de Freguesia de Arroios (JFArroios)
14	Junta de Freguesia de Santa Maria Maior (JFSMMaior)
15	Junta de Freguesia de Santo António (JFSAntónio)
16	Ministério da Saúde (MS)
17	Patriarcado de Lisboa (Patriarcado Lx)
18	Província Portuguesa da Companhia de Jesus (Companhia de Jesus)
19	Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML)

5.3 A análise de conteúdo das entrevistas e construção dos Quadro de Estratégia de Atores

Antes de apresentar os resultados da análise de conteúdo e dos Quadros de Estratégia de Atores é importante realçar algumas notas:

As entrevistas foram realizadas entre Maio e Setembro de 2018.

Selecionados os pedidos de entrevistas foram, na sua grande maioria, dirigidos ao órgão máximo de cada entidade e foi internamente decidido quem representaria a organização na entrevista.

Os atores durante as entrevistas referiram sobretudo a sua intervenção até ao ano de 2016, considerando que o assunto se encontra estagnado, no entender de grande parte dos atores. Dá-se também o facto de uma parte dos entrevistados não ter acompanhado o assunto nos anos 2013 e 2014⁷⁰, por não estarem nomeados para os cargos que atualmente desempenham na altura em que este foi discutido publicamente. Não obstante, os que concederam as entrevistas detinham conhecimentos sobre o assunto e obteve-se uma vasta informação, principalmente ao nível da percepção das competências e dos meios que cada ator tem relativamente a este assunto.

No entanto considera-se um privilégio entrevistar quem efetivamente coordenou a elaboração dos documentos mais relevantes sobre a Colina de Santana, quem acompanha o assunto e promove a sua salvaguarda junto do meio hospitalar, há mais de 10 anos.

Em relação aos atores que são relevantes neste processo de regeneração da Colina de Santana não obtivemos *feedback* positivo para marcação de entrevistas

⁷⁰ Alguns exemplos: DGCP- fomos recebidos por um Chefe de Divisão que não acompanhou o assunto; ICOM e ICOMOS- os presidentes que nos receberam não eram presidentes na altura; AML- o presidente que nos recebeu foi durante uns meses presidente 'em exercício', por que a presidente, Arq. Helena Roseta pediu dispensa de funções durante uns meses no ano 2018;

(Estamo, Ministério da Saúde e ARSLVT⁷¹) o que inviabilizou o acesso a muita informação.

No que concerne à *Câmara Municipal de Lisboa*, foi entrevistado o Diretor do Departamento de Projetos Estratégicos, cuja informação foi inserida no Quadro de Estratégia de Atores, mas a análise mais geral deste processo, refere-se sempre às competências e decisões do município e não deste Departamento em particular.

Da parte da *Estamo* o contacto foi telefónico com um técnico (arquiteto), sempre disponível, que nos forneceu informação muito útil, indicando-nos outros atores a contactar e disponibilizou o Relatório Final do Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (PAT-Contributos). Apesar desta informação, faltou uma visão mais ampla sobre o assunto que só o Conselho de Administração poderia revelar, através do seu presidente na altura, Dr. Francisco Cal. Apresenta-se ainda assim o Quadro de Estratégia de Atores da *Estamo* com a informação obtida.

Outros atores que não conseguimos entrevistar foram duas das três *Juntas de Freguesia*, que fazem parte da delimitação da Colina de Santana. Consideramos que por esse motivo ficou a faltar uma visão mais local do território. Posteriormente tivemos conhecimento que uma destas freguesias, com um território considerável na Colina de Santana, nunca compareceu nas reuniões do PAT. Esta ausência ‘pode’ demonstrar que a visão para o território será diferente e teria sido muito útil a informação obtida.

⁷¹ A Estamo é a proprietária dos hospitais em questão que serão desativados na Colina de Santana e a requerente dos Pedidos de Informação Prévia (PIP's). Quando foi pedida a entrevista não havia Presidente do Conselho de Administração. O técnico sugeriu que falasse com o antigo Presidente, que teria sido a pessoa na empresa que acompanhou pessoalmente todo este processo. Enviou-se o pedido, mas nunca se obteve resposta deste ex-Presidente; O Ministério da Saúde é a entidade que decidiu encerrar os hospitais da Colina de Santana e construir um Novo Hospital em Lisboa, e que tem em último caso, enquanto decisor político, o poder de decidir acima da Estamo e da ARSLVT, apesar dos inúmeros contactos, nunca houve disponibilidade para marcarmos uma entrevista; e em relação à ARSLVT que é a entidade responsável por todos os equipamentos de saúde da cidade de Lisboa, não nos receberam porque a Comissão de Ética desta entidade, passado mais de um mês do pedido, enviou uma listagem de documentos que teria de enviar para que a decisão da Comissão de ética avaliasse a possibilidade de marcação da entrevista. Uma das coisas que pediam era o Guião de Entrevista, um instrumento valiosíssimo para um investigador, sendo que pode haver enviesamento nas respostas se o entrevistado souber previamente quais são as questões. Foi enviada uma explicação da investigação em curso, mas ainda assim insuficiente para que nos concedesse uma entrevista.

O pedido de entrevista à *Companhia de Jesus* teve como objetivo obter informação sobre a estratégia de salvaguarda do Convento Jesuíta de Santo Antão-o-Novo, atual Hospital de São José, que no Pós Terramoto de 1755 foi ‘obrigado’ a receber os doentes do antigo Hospital de todos os Santos, que ficou quase totalmente destruído. Este local simboliza uma parte muito importante da história daquela Congregação, do ensino e da ciência através da Aula da Esfera, no país e no mundo. Neste local foram lecionadas aulas pelos melhores professores conhecidos à altura recebendo alunos de todas as partes do mundo. Teria sido útil ter percebido se existe alguma estratégia desta entidade para salvaguardar este património.

Em relação ao *Patriarcado de Lisboa* a abordagem residia na intenção de se perceber o que aconteceria às igrejas dos hospitais depois do encerramento. A indicação desta entidade foi para que o contacto fosse diretamente com os Capelões das igrejas dos hospitais. O contacto foi estabelecido com o Capelão da igreja de Santo António dos Capuchos que referiu que teve conhecimento deste processo de mudança para novo hospital e transmitiu a orientação, não em relação ao edificado, cujo proprietário de todas as igrejas dos hospitais é a *Estamo*, mas à orientação espiritual. Também informou que teria de ser pedida formalmente à Direção do CHLC referindo o contacto com este Capelão. A notícia do encerramento dos hospitais e da deslocação do novo hospital para a zona oriental de Lisboa chegou através da Comunicação Social e, desde então, capelões e voluntários estão a informar as pessoas desta alteração, sem alterar as rotinas existentes. Mas o mais importante foi perceber que estes Capelões irão para onde os doentes e respetivos familiares forem, mantendo o apoio que vêm prestando. Portanto, julga-se que as outras Congregações na Sacristia/ Igreja de São José, as Igrejas de Santa Marta e D. Estefânia, deverão também seguir orientações semelhantes. Sobre a questão da população local, que também frequenta estas igrejas, recolheu-se informação de que as igrejas da zona lhes prestam o apoio necessário.

Para concluir este apontamento prévio sobre os atores entrevistados, refira-se ainda que se falou com duas técnicas da Câmara Municipal de Lisboa. Uma técnica que integrou o grupo de trabalho do PAT-CML e a responsável pela coordenação da Candidatura de “Lisboa Histórica, Cidade Global” à Lista Indicativa de Portugal a

Património Mundial, tendo em conta que o Hospital de São José se insere nesta delimitação. Estas entrevistas não foram integradas na análise da estratégia de atores, serviram para resposta a algumas questões mais gerais e para apoio à organização do trabalho.

A informação resultante da análise de conteúdo das entrevistas é apresentada nos Quadros de Estratégia de Atores (Anexo 15 - Quadros de Estratégia de Actores X1 a X12), que sintetiza os objetivos, os meios de ação e os obstáculos de cada ator, bem como as expectativas e os meios de ação que cada ator menciona face aos outros atores. A informação destes quadros permitiu clarificar o posicionamento dos atores em torno dos principais pólos de consenso e de conflito sobre vários desafios a que estão expostos, tais como elaboração de projetos, planos e documentos específicos, aumento da população, gestão dos recursos incluindo os ativos imobiliários da colina, proteção e divulgação do património, regeneração do território e do espaço público, dinamização dos hospitais já encerrados e o acompanhamento do processo de encerramento dos hospitais. Esta análise possibilita a identificação dos desafios e dos objetivos estratégicos dos atores do processo de regeneração da Colina de Santana.

5.4 Os Desafios e os Objetivos Estratégicos dos Atores do processo de Regeneração da Colina de Santana

Após a construção dos Quadros de Estratégia de Atores identificam-se os principais objetivos estratégicos dos diversos atores aos quais se associam três desafios estratégicos. Assim assume-se para este trabalho que o processo de regeneração urbana desta Colina tem 3 Desafios e 8 Objetivos Estratégicos associados (Quadro 5).

Quadro 5: Desafios e Objetivos Estratégicos do processo de regeneração urbana da Colina de Santana

Processo de Regeneração Urbana da Colina de Santana	Desafios Estratégicos	Objetivos Estratégicos
	D1 Processo de Encerramento dos Hospitais do CHULC	O1 Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC;
		O2 Organizar e acompanhar o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC;
	D2 Promover o processo de Regeneração Urbana da CS	O3 Desenvolver Planos e Projetos Estratégicos de Espaço Público, Habitação, Equipamentos, Acessibilidades, Saúde, etc
		O4 Promover ações para aumento de população na CS (residente e temporário), equipamentos de saúde e educação, acessibilidade, dinamização social, económica e cultural a CS
		O5 Fomentar interações entre atores para dinamizar o território e proteger o património da CS
	D3 Gerir o Património e os Recursos edificados dos Hospitais da CS	O6 Promover ações para preservação do património edificado dos Hospitais da CS
		O7 Promover ações para preservação do património material e imaterial dos Hospitais da CS
		O8 Promover a qualificação para aumentar a divulgação do património existentes nos hospitais e no território da CS

Tendo como referência os 3 desafios e os objetivos estratégicos associados, pode-se observar que o desafio ‘Processo de encerramento dos Hospitais do CHULC’ (D1), desafio determinante para o processo de regeneração da CS, integra 4 variáveis identificadas como *motrizes*, no sistema potencial.

Já em relação ao desafio ‘Promover o processo de regeneração urbana da CS’ (D2), exceptuando o objetivo ‘Fomentar interações entre atores para dinamizar o território e proteger o património da CS’ (O5) (cuja única variável - ‘Desenvolvimento do PAT’ passa de variável *dependente* no sistema atual, para variável *motriz* no sistema potencial), a maioria das variáveis dos outros 2 objetivos, pertencem ao quadrante de *pelotão* no sistema potencial, vindo do quadrante *dependente* sistema atual. Significa que passam assim a ter mais influência no processo de regeneração urbana, porque deixam de ser dependentes.

Também no terceiro desafio ‘Gerir o património e os recursos edificados dos Hospitais da CS’ (D3), todas as variáveis identificadas neste desafio passam de *dependentes*, no sistema Atual, para o grupo de *pelotão* no sistema Potencial.

Das entrevistas realizadas percebe-se que, como dizia o Presidente da AML o assunto da Colina de Santana não está na atualidade e a Estamo “o assunto dos hospitais da Colina de Santana está parado há muito tempo”. Mas constata-se no terreno assim como na análise da linha cronológica⁷² (Anexo 5 e 6) elaborada pela autora, que há alterações no espaço público e decisões municipais nos últimos dois anos, mesmo com o Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (PAT) inativo desde 2016.

Pode-se assim assumir que esta zona da cidade está perante um processo de regeneração da Colina de Santana em desenvolvimento. Há propostas do município, no âmbito do Programa Renda Acessível (PRA) para a Rua de São Lázaro, Rua das Barracas (Paço da Rainha) e para a Rua Gomes Freire, que irão potenciar a entrada de novos habitantes; o arranjo do Jardim do Campo de Santana (café, wc, jardim); a inauguração de monumentos homenagem a pessoas relevantes na história local; o projeto de espaço público no Paço da Rainha (co-financiado por fundos europeus), entre outros exemplos.

Outros dois aspetos, que promoveram este processo de regeneração da zona foram a capacidade do ator AHGPC-CHLC permitir o acesso ao património cultural dos hospitais através das mais de 650 visitas guiadas aos hospitais de São José, Santa Marta e Capuchos, de 2012 até Abril de 2018. Estas visitas permitiram o conhecimento do público interessado por património. Este património, que esteve ‘escondido’ durante séculos, foi apresentado a quase 13.400 pessoas, sendo que algumas destas pessoas fizeram as três visitas, o que significa que voltaram à Colina de Santana três vezes.

Em segundo lugar o *Festival Todos* entre 2015 e 2017. Este festival trouxe outras pessoas, com outros objetivos, que não era só o de visitar o património existente, mas sim para disfrutar da cultura ou simplesmente aproveitar o jardim do Campo Mártires da Pátria, entretanto requalificado. Este festival permitiu a entrada em locais que por norma se encontram inacessíveis à população: Reitoria da Universidade Nova, Embaixada de Itália, edifício do Patriarcado, Recinto do Hospital Miguel Bombarda,

⁷² A Linha Cronológica da Colina de Santana foi um trabalho de pesquisa da autora do presente trabalho e não pretende (não consegue) ter refletido todas as ações existentes no território.

etc.. Não é conhecido o número de pessoas que movimentou, mas durante os três anos, em que se realizou muitas pessoas vieram pela primeira vez e, com certeza muitas houve que voltaram nos anos seguintes. Ficou assim a zona da Colina de Santana mais conhecida, como todos os entrevistados pretendem, mas por motivos diferentes.

Aquando de uma das várias visitas à Colina de Santana no âmbito deste trabalho, em Agosto 2018 com o intuito exploratório de tentar perceber empiricamente se se observariam algumas transformações no território, relativamente aos espaços e ao edificado, observou-se que dos locais previstos para implementar o PRA, uns edifícios municipais encontram-se demolidos e outros devolutos. As propostas para este programa foram sendo apresentadas pelo município para aprovação da AML. O processo PRA da Rua de São Lázaro tem levado ao término de contratos de arrendamentos para efeitos comerciais que existem naquela rua nos edifícios municipais, ou seja, cada vez há mais fogos devolutos. Todas estas questões têm processos revestidos de grande complexidade, seja pelas saídas dos arrendatários, seja pelas aquisições de imóveis junto de terceiros, seja de revisão e alteração de Plano para a zona, por exemplo a Área de Reabilitação Urbana (ARU) da Rua das Barracas.

O planeamento urbano de qualquer cidade é um processo demorado, com muitos obstáculos a ultrapassar e com as respetivas demoras dos procedimentos legais.

Neste caso também tem sido responsabilidade do Ministério da Saúde, que não aciona a construção do novo hospital de Lisboa e subsequente encerramento dos hospitais da Colina de Santana. É difícil um planeamento eficaz quando os pressupostos não são decididos ou vão sendo alterados ao longo dos anos, o que acaba por potenciar uma certa especulação sobre o presente e sobre o futuro da Colina.

5.4.1 Análise da relação de forças dos Atores da Colina de Santana

A Matriz dos Meios de Ação Direta entre Atores (MAD) foi preenchida a partir da informação obtida sobre o poder institucional de cada ator, formal e informal, recolhida das entrevistas e dos quadros de estratégia de atores. A matriz dos Meios de

Ação Direta, em linha, representa o poder que um ator tem sobre todos os outros e em coluna, a dependência de um ator relativamente a todos os outros⁷³. Assim, a soma em linha e em coluna dos valores registados representam, respetivamente o grau de influência e o grau de dependência direta dos atores. No entanto, esta relação não mostra todas as relações de influência possíveis entre os diversos intervenientes do sistema.

A partir dos dados da MAD é possível construir uma outra matriz que reflete as influências diretas e indiretas de segunda ordem entre atores, ou seja, as influências transferidas a um terceiro ator diretamente ou por via de ‘atores de ligação’, a Matriz dos Meios de Ação Direta e Indireta entre Atores (MADI), (Perestrelo, 2005, p.165). Constatase que os atores mais influentes são a Câmara Municipal de Lisboa (CML-DPE), o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central CHULC, a Estamo e o Ministério da Saúde (MSaúde). Os atores mais dependentes são o CHULC, a CML-DPE e a Estamo (Figura 13).

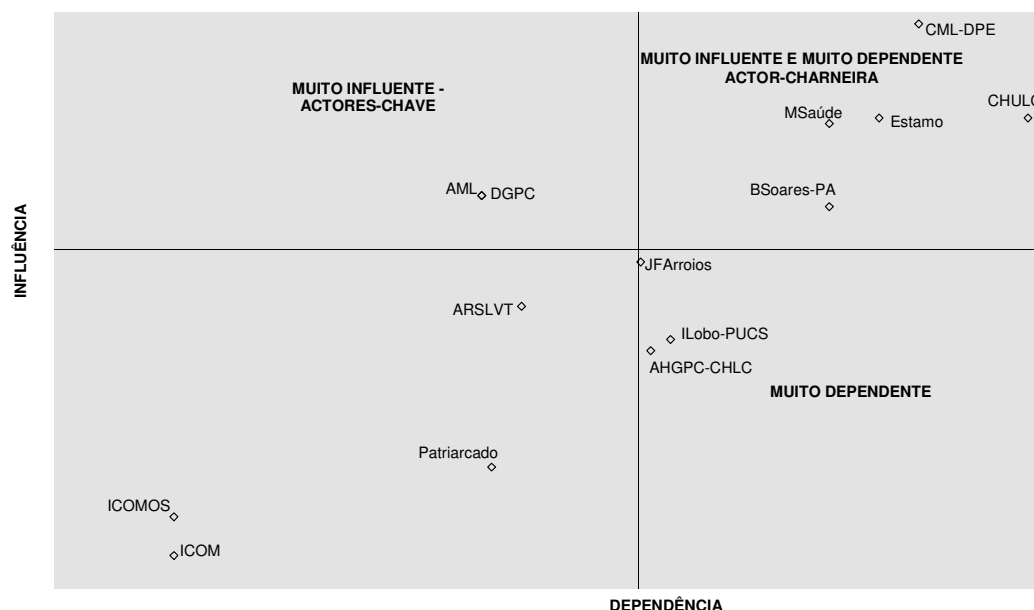
Como já foi apresentado, a partir da análise das entrevistas, foram definidos os desafios e os objetivos estratégicos do processo de regeneração urbana da Colina de Santana. No âmbito da Análise Estratégica de Atores, estes atores foram relacionados com estes objetivos estratégicos, de forma a identificar o posicionamento de cada ator em relação a cada objetivo (Anexo 18). Desta matriz das relações simples atores versus objetivos (1 MAO) é feita a soma simples em linha e em coluna. Em linha significa o grau de *implicação* dos objetivos, ou seja, o número de objetivos que cada ator tem uma relação (acordo ou desacordo) e em coluna apresenta o grau de *mobilização* dos objetivos, ou seja, os objetivos mais mobilizadores. (Perestrelo, 2005, p.182).

Desta matriz MADI é possível construir o Plano de Influência e Dependência Direta e Indireta entre atores (Figura 13) e é possível calcular um indicador de relações de forças, possibilitando a diferenciação entre os atores, pela sua maior ou menor

⁷³Esta Matriz está preenchida numa escala de 0 a 3 sendo que: 0- não há relação entre atores; 1- colaboração pontual; 2- parceria em alguns projetos; e 3 - o ator pode pôr em causa projetos estruturantes do outro ator.

capacidade para condicionar as ações dos outros atores e a maior ou menor dependência em relação a eles (Anexo 19). O Plano de Influência e Dependência Direta e Indireta dos atores possibilita a visualização de três grupos de atores: atores-chave, atores-charneira e atores muito dependentes.

Figura 13: Plano de Influência / Dependência Direta e Indireta dos Atores



Um grupo dos atores-chaves (atores muito influentes e pouco dependentes) é constituído pela Direção-Geral de Património Cultural (DGPC) e Assembleia Municipal de Lisboa (AML). Tanto um como outro, cujas competências são independentes e nunca mencionaram o outro ator no decorrer das entrevistas, foram os atores determinantes para que os PIP's dos hospitais não fossem aprovados e para o conhecimento público do assunto respetivamente, promovendo assim o início do processo de regeneração urbana da Colina de Santana, integrado no contexto da cidade nos anos 2013 e 2014.

A DGPC que "tem por missão assegurar a gestão, salvaguarda, valorização, conservação e restauro dos bens que integrem o património cultural imóvel, móvel e imaterial do País, bem como desenvolver e executar a política museológica nacional.⁷⁴", neste processo tem como função analisar e dar pareceres vinculativos sobre os projetos

⁷⁴ DL n.º 115/2012, de 25 de maio.

dos hospitais da Colina de Santana numa primeira fase e em todos os outros processos de urbanização da zona que estejam em zona protegida. Na entrevista à DGPC foi obtida cópia da informação que referia que, após análise dos projetos PIP's em julho/agosto de 2013, reitera o parecer de 2011, solicitando a apresentação de “(...) um único plano de pormenor de salvaguarda, que tenha em conta uma efetiva salvaguarda dos valores em presença assumido, de forma inequívoca, a intervenção na Colina de Santana, e não apenas nas áreas a lotear, como uma operação global.⁷⁵” Esta entidade faz mais algumas recomendações e informa o município de Lisboa. Este ator reconhece “o esforço da Estamo e da CML, mas o estudo não é visão de conjunto. As propostas são de natureza distinta senão contraditória (...) são somatório de propostas individuais percebe-se que foi realizada *à posteriori* e não antes”.

Em resposta, o município solícita que a DGPC suspenda a apreciação destes processos, enquanto este aprofunda “os estudos urbanísticos referentes ao conjunto da Colina de Santana”. Entretanto durante o mês de julho a CML abriu um período de discussão pública e fez a apresentação dos projetos PIP's e no final do ano de 2013 a AML organizou debates sobre a Colina de Santana, o que permitiu a um grande número de entidades expor publicamente a opinião sobre assunto.

A AML, enquanto órgão deliberativo do município, que aprecia e vota as grandes linhas da política municipal, sob proposta da Câmara Municipal e Lisboa, tem também um papel de ‘fiscalização’ do executivo municipal. Foram estas competências que permitiram a organização de cinco Debates sobre a Colina de Santana e que, segundo o Presidente da AML lembrou, foram aprovadas “... Deliberações que condicionavam a posição da CML, nomeadamente o lançamento do Programa Acção Territorial (PAT); Potenciou o diálogo da AML com várias entidades ao nível governativo, na área da saúde e na área da cultura, nas políticas de habitação”. A CML fica assim obrigada a aprovar um PAT para a Colina de Santana e enviar a proposta à AML para aprovação deste órgão.

⁷⁵ Informação n.º14/GSD-JC/2013, da DGPC datada de 26/07/2013;

Em relação aos debates, a CML considera que os debates tiveram muita participação, com pontos de vista diversificados nos seus painéis mas “o que é um facto é que cada sessão teve uma participação à volta de 150, não mais de 200 pessoas, na maioria dos casos com repetições em cada uma das sessões e para além disso com uma grande parte de deputados municipais e de funcionários da Câmara. O que quer dizer que, tirando estas repetições e estes funcionários, terão estado lá para aí umas 300 pessoas de toda a cidade de Lisboa, nas 5 ou 6 sessões que houve, e já estou a ser bastante optimista. Portanto claro que é importante e interessante, e para a AML se calhar foi o debate com mais gente, mas dizer que a cidade de Lisboa esteve representada ou até que a Colina de Santana esteve representada, quando tem 11.000 pessoas a viver é um bocadinho abusivo.”

A importância do ator AML neste processo foi fulcral durante aquele período “promoveu fiscalização e acompanhamento deste projeto de modo mais permanente, através da criação de uma Comissão de Acompanhamento, que durou até anterior mandato, setembro 2017⁷⁶.”

A DGPC está mobilizada para todos os Desafios, observando-se os objetivos ‘Organizar e acompanhar o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC’ (O2), ‘Desenvolver Planos e Projetos Estratégicos de Espaço Público, Habitação, Equipamentos, Acessibilidades, Saúde, etc’ (O3), ‘Promover ações para preservação do património edificado dos Hospitais da CS (O6)’ e ‘Promover ações para preservação do património material e imaterial dos Hospitais da CS’(O7), que são direcionados para o património. Destes objetivos fazem parte duas variáveis *Motrizes* e algumas variáveis de *Pelotão*, variáveis que ainda não estão certas onde se vão desenvolver. Ou seja, este ator tem uma função determinante no sistema, porque pode influenciar as variáveis mais importantes do sistema.

⁷⁶ Comissão de Acompanhamento foi constituída pela Mesa, 1 representante de cada grupo Municipal e 1 deputado Independente. “Esta comissão deverá zelar para que toda a informação relevante sobre a CS seja publicamente divulgada e apoiar iniciativas de esclarecimento e participação dos cidadãos, na continuação do Debate Temático sobre a Colina de Santana.”

Já a Assembleia Municipal está mobilizada para os oito objetivos e empenhada na sua concretização. Refere este ator que “sobre o património, a parte que envolvia mais a comunidade e que avançou menos. (...) a verdade e o que nas outras dimensões da Colina de Santana, o ensino, a ciência, o património – não há debate, não há iniciativa das forças políticas nem na sociedade, provavelmente porque, o assunto está em *stand-by* à espera da decisão de construção do novo hospital e consequente apresentação de novos projetos para os hospitais desta colina.” Mas o Presidente da AML está consciente que a zona tem sofrido alterações “ (...) a área económica e comércio local, é o mesmo que existe para toda a cidade: debate sobre lojas com história, debate sobre o turismo, sobre a dinamização económica, a zona foi objeto de muito investimento e dinamização.”

O grupo dos atores–charneira, que são muito influentes e muito dependentes, integra os atores: Câmara Municipal de Lisboa (CML-DPE), CHULC, Ministério da Saúde (MSaúde), Estamo, Atelier Bruno Soares (BSoares) e Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC). Sendo que deste grupo, a CML é o ator mais influente e o CHULC é o ator mais dependente do sistema.

Este é o grupo mais implicado no sistema de regeneração da Colina de Santana, mas a dependência de alguns atores em relação a outros, mostra que o trabalho em parceria implica aplicação das competências de cada ator, mas também os interesses que cada ator revela em cada momento. Da AML ficou espelhado em que situação está este processo. A CML referiu, entre outras coisas que “o PAT surge como uma urgência porque se pensava que o hospital ia para a frente rapidamente. Entretanto, a decisão tomada pelo anterior Governo foi de parar a situação. Só neste Governo é que já houve (...) o lançamento do concurso, é certo, mas continuou-se a entender que não havia razões para continuar com o processo.”

O CHULC, cuja administração é nomeada por 3 anos, que findou no final de 2018, o que significa que em cada ciclo com a mudança de administradores podem existir visões diferentes sobre o assunto. O administrador que foi entrevistado considerava que em todo o processo “terá de se envolver a autarquia, que tem esta zona

à sua responsabilidade. (...) terá de haver uma concordância daquilo em que se irão transformar estes hospitais. (...) o Ministério da Saúde ou a Autarquia, têm um conhecimento profundíssimo do que se passa neste território, também o Ministério do Turismo, ou (...) ou outras entidades, podem ajudar nas definições do que se irá passar” no território.

A Estamo referiu que o “processo dos hospitais da Colina de Santana foi totalmente acompanhado pelo antigo Presidente, (...) somos uma empresa pequena e foi o Presidente que acompanhou todo o processo e não partilhou informação. O processo foi todo liderado pela CML. Esse assunto atualmente está suspenso. Nós temos outros imóveis cujos processos de negócio são mais fáceis e por isso não temos pensado nesse assunto.” A dependência entre os atores é muito forte e a implicação da decisão de um ator para com os outros potencia a instabilidade/ fragilidade apresentada neste sistema.

No terceiro grupo estão representados os atores muito dependentes. Este grupo é constituído por Junta de Freguesia de Arroios (JFArroios), Atelier Inês Lobo (ILOBO-PUCS) e Administradora Hospitalar do Gabinete de Património Cultural do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (AHGPC-CHLC).

O atelier ILOBO, que fez o Plano Urbano para a Colina de Santana (PUCS), explicou como este trabalho permitiu pensar aquela zona da cidade com um pensamento mais atual, sem estar vinculado aos instrumentos de gestão do território existentes que no seu entender estão obsoletos. O ILOBO referia que “a Câmara disse: vamos fazer uma coisa a que se chamou projeto urbano, a ideia era exatamente não estar vinculado aos instrumentos de planeamento correntes, que são normalmente muito bloqueadores e pouco interessantes como instrumentos para pensar a cidade hoje em dia, vamos fazer uma coisa a que chamamos projeto urbano, que nos permite uma certa liberdade para pensar o que é que é este sítio... o que é que se pode... o que é que gera o esvaziamento destes cinco lugares... de que maneira é que se podem pôr estes... novos cinco lugares em... de que forma é que se podem estabelecer relações, requalificar o espaço urbano que os envolve, todas as outras áreas que existem, etc. E pronto, e foi por aí que nós pegámos e começámos a trabalhar.”

Referia ainda que “foi um trabalho desenvolvido em parceria com a Câmara Municipal e com o IGESPAR (atual DGPC) com muitas conversas e chegaram-se a coisas na altura que pareciam bastante interessantes (...) era a oportunidade para se pensar aquele troço de cidade que tem uma série de qualidades”. Mas considera que na altura “Os programas que lhe estão associados, não tem a ver só com a arquitetura, têm a ver com política, economia, e uma série de coisas e portanto o grande problema e que continua (...) não há instituições com capacidade financeira para pegar naqueles edifícios e transformá-los... não há possibilidade”. Apesar deste ator ter sido entrevistado enquanto atelier que elaborou o PUCS, também foi o mesmo atelier que elaborou o projeto para o hospital de Santo António dos Capuchos, tendo este ator uma visão que partilha dois interesses neste sistema nesta estratégia de atores.

A AHGPC-CHLC foi representada na entrevista pela administradora hospitalar a trabalhar no Gabinete de Património Cultural do Centro Hospital Lisboa Central e que atualmente já não exerce funções, por se ter reformado. As suas funções, segundo a própria “eu tenho a autonomia toda e não tenho autonomia nenhuma. (...) estava muito preocupada, não era por eu não ter autonomia, estava preocupada com alheamento dos Conselhos de Administração (CA) e das Administrações e dos próprios funcionários dos hospitais, que são 7000 e tal, muito preocupada por não defenderem este património e não estarmos organizados na defesa deste património, estou a falar, basicamente, no estudo e na preservação deste património”. Esta preocupação com o património que reconhece desde o início das suas funções no CHLC em 2007, quando questiona sobre o inventário do património existente e percebe que não existe nenhum inventário sobre património material nem imaterial decidiu que: “achei que isto era uma coisa para fazer. Era obrigação minha, sob ponto de vista profissional, (...) começava a perceber através de outros e de gentes que sabiam da importância do que aqui existia, que isto tínhamos que defender a nível nacional este património, e eu alheie-me, tal como os CA estavam alheados do património, eu alheie-me completamente da posição dos CA relativamente ao património. (...) O que é verdade é que nunca houve um tostão para o património. Portanto nunca houve uma verba específica para o património do CHLC. Toda esta atividade que foi desenvolvida até hoje foi a custo zero para o CHLC”.

O que é aqui referido por este ator é que a apresentação ao público interessado do património material e imaterial existente nos hospitais através das 650 visitas guiadas (já acima referidas) feitas por ela própria aos hospitais, como os debates que assistiu e que fez apresentações a apresentar a(s) história(s) dos hospitais, mas também saíram para fora dos limites das áreas dos hospitais para as apresentar por exemplo a visita a locais emblemáticos na Colina de Santana, por exemplo ‘As mulheres da Colina de Santana’ integrado no *Festival Todos*, assim como os artigos e livros⁷⁷ sobre temas da Colina de Santana, bem como os protocolos que ela própria, em contatos com as várias entidades, conseguiu sem custos para o CHLC que fossem assinados e executados tendo sempre em vista a salvaguarda do património existente, como já foi referido. Se as visitas guiadas são frequentadas por pessoas, em parte, já reformadas, um dos protocolos permitiu que alunos da faculdade de arquitetura explorassem os edifícios dos hospitais e propusessem projetos para os locais, dando assim a possibilidade das novas gerações conhecerem também este património.

A defesa do património é sua luta neste sistema de atores, quando questionada sobre o futuro deste património é pessimista sobre “património construído é da Estamo. Se me perguntar, o património móvel? O património fabuloso de que nunca falamos, mas que é possivelmente o património mais importante (...) o arquivo histórico, documentos. É esse arquivo que nos permite estudar tudo isto. O Arquivo histórico, as Bibliotecas do Hospital São José, do património de objetos, património científico móvel de todos estes hospitais, que ninguém sabe qual é porque ele não está inventariado no seu conjunto (...) razão porque eu mantenho aberta, até final da minha vida profissional, a colecção do Museu das imagens de Cera, no Hospital dos Capuchos, numa perspetiva de preservação. Já muita gente e muitas instituições públicas sabem da existência desta colecção, especialmente Museus, Ministério da Cultura, Ministério da Saúde e outras instituições de defesa da cidade de Lisboa (...) dificilmente esta colecção, digo eu, poderá ser desmantelada.” Este ator que, como foi referido não teve intervenção direta a partir das suas funções, mas sim a partir da sua própria determinação e por respeito a

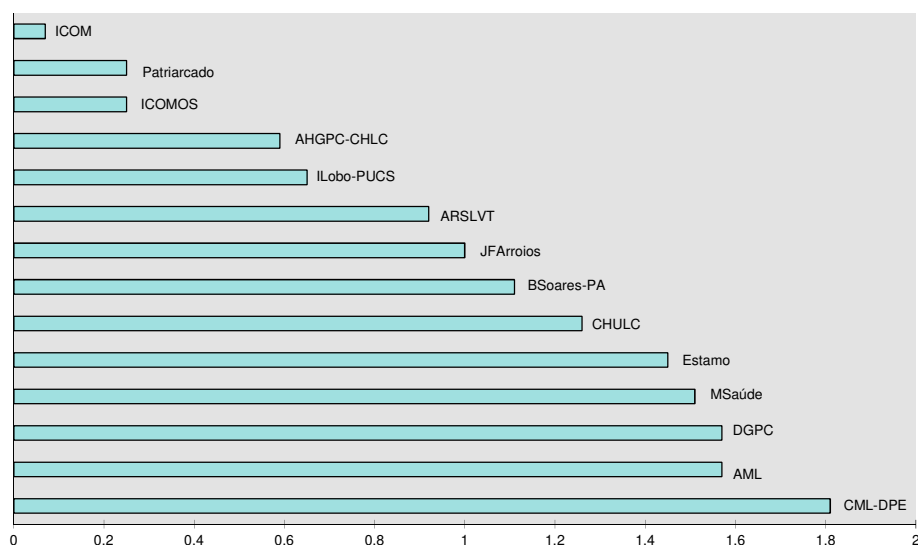
⁷⁷ Alguns livros: *Mulheres da Colina de Sant’Ana*, de Barbara Assis Pacheco, Célia Pilão e Rosa Reis; ou *Pecados à flor da Pele*, de Célia Pilão, Rosa Reis e Sandra Tação; ou *Clinica, Arte e Sociedade. A Sífilis no Hospital do desterro e na Saúde Pública*, de Cristina Bastos (organizadora).

um património que considerou estar desprotegido pelos seus proprietários, a persistência de dar a conhecer à população o património que existe e se encontrava ‘fechado’, bem como ter dado a possibilidade que ficassem registados documentos e trabalhos académicos.

Apesar de todo este empenho, este ator é um funcionário do CHLC e depende das orientações dos seus superiores para desempenhar as suas funções, por isso o seu grau de dependência no sistema é elevado, mas a sua determinação possibilita que a sua influência relativamente aos outros atores seja imensa.

O coeficiente de relação de forças entre atores obtém-se através da medição da relação de forças de um ator, tendo em conta a sua influência, a sua dependência e o efeito de retorno, ou seja, o que o ator recebe dos outros atores indirectamente (Perestrelo, 2005, p. 171-172).

Figura 14: Relação de forças diretas e indiretas dos atores do processo de regeneração da Colina de Santana



Dos resultados observa-se que é a CML-DPE, o ator com um grau de influência elevado no sistema, seguido por AML, DGPC, MSaúde e Estamo. Mas os atores deste sistema sofrem não só influência Directa e Indireta entre eles, sendo importante perceber o resultado desta influência com a relação de força que existe entre eles.

Os atores-chave (DGPC e AML) com um papel muito importante por serem muito influentes e pouco dependentes, como já foi referido e terem um elevado coeficiente de relação de forças, só são ultrapassados pelo ator CML-DPE. Os atores-chave e os atores-charneira são efetivamente quem têm mais força em todo o sistema⁷⁸. Estes atores são os que demonstram ser mais influentes e com maior capacidade de condicionar a atuação dos outros atores. A DGPC, a AML e a CML-DPE pelas competências que lhe são atribuídas, têm a capacidade de condicionar a atuação dos outros e, neste caso entre eles mesmos. Foram a DGPC e a AML que conduziram à estagnação da apreciação dos processos PIP's⁷⁹.

Também os atores MSaúde e Estamo confirmam o seu papel neste jogo de atores (ator-charneira) pois têm uma posição elevada na relação de forças. Ambos estão em posição de decisão com implicação noutros atores. A Estamo, proprietária dos hospitais, mas na entrevista referia que se “o Estado entender que se mantêm... manter-se-ão. O Estado pode até reconverter novamente para o Estado os edifícios.” E em relação à decisão dos projetos para a área dos hospitais dizia “a visão estratégica para este processo no território é de responsabilidade da CML e a possibilidade de usos de cada hospital também”. Percebe-se assim a posição da Estamo no coeficiente de relação de forças tanto em relação ao ator MSaúde como à CML-DPE.

Já o MSaúde é o ator que tem o poder de decisão para dar início aos procedimentos para construção do novo Hospital Oriental e cuja consequência é o princípio do processo de encerramento dos hospitais do CHULC, tem também a competência para influenciar acerca de qual o património edificado de propriedade da Estamo, que fica em funcionamento como equipamento de saúde na Colina de Santana.

⁷⁸ Considera-se que o ator é muito influente quando tem um coeficiente de relação de força normalizado (r_i^*) superior a 1, ou seja, $r_i^* > 1$ ator que influencia mais do que depende; $r_i^* = 1$ influência o mesmo que depende; e $r_i^* < 1$ depende mais do que influencia.

⁷⁹ DGPC - Com despacho e informações sobre os projetos PIP's que inviabilizaram a continuação da análise pela CML-DPE; AML - Com a transposição para o conhecimento público dos PIP's e restantes assuntos sobre o território da CS, gerando o surgimento de entidades, na sua grande maioria contra os PIP's. No presente trabalho, não foi tido em conta outro ator estatal, que é o Ministério das Finanças, que é efetivamente quem autoriza a utilização dos montantes para construção no novo hospital. Este é o facto que efetivamente pode determinar com mais vigor o processo de regeneração urbana da Colina de Santana.

Tem a competência para a conceção e gestão do futuro Museu da Saúde na Colina de Santana, competência delegada no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Sobre este ator temos défice de informação porque não aceitou ser entrevistado para o presente trabalho.

Temos até aqui analisado no sistema quais são os atores mais mobilizados para os diversos objetivos estratégicos e quais os atores com maior poder na relação de forças entre si, iremos agora conjugar tanto o grau de mobilização como o poder de cada ator na relação de forças (3MAO).

Quadro 6: Matriz Actores X Objectivos, ponderada pela relação de forças dos actores (3 MAO reordenada)

OBJECTIVOS ACTORES	O6 - Promover ações para preservação do Património edificado dos Hospitais da CS	O7 - Promover ações para preservação do património material e imaterial dos Hospitais da CS	O1 - Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC	O3 - Desenvolver Planos e Projetos Estratégicos de Espaço Público, Habitação, Equipamentos, Acessibilidades, Saúde, etc	O2 - Organizar e acompanhar o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC	O5 - Fomentar interações entre atores para dinamizar o território e proteger o património da CS	O8 - Promover a qualificação para aumentar a divulgação do património existentes nos hospitais e no território da CS	O4 - Promover ações para aumento de população na CS (residente e temporário), equipamentos de saúde e educação, acessibilidade, dinamização social, económica e cultural a CS	GRAU DE IMPLICAÇÃO DOS ACTORES
CML-DPE	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	14,4
AML	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	12,6
BSoares-PA	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	8,9
JFArroios	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Estamo	1,5	1,5	1,5	1,5	0	1,5	0	1,5	8,7
CHULC	1,3	1,3	1,3	0	1,3	1,3	1,3	0	7,6
DGPC	1,6	1,6	0	1,6	1,6	0	0	0	6,3
AHGPC-CHLC	0,6	0,6	-0,6	0	0,6	0,6	0,6	0	3,5
ICOMOS	0,2	0,2	-0,2	0	0	0	0,2	0	1
ILobo-PUCS	0,6	0,6	0,6	0,6	0	0	0	0,6	3,2
ICOM	0,1	0,1	0	0	0	0	0,1	0	0,2
Patriarcado	0	0	0	0	0,2	0	0	0	0,2
MSaúde	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ARSLVT	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mobilização dos Objectivos	11,3	11,3	9,7	9,2	9,2	8,8	7,7	7,6	

Podemos encontrar quatro grupos com maior destaque: o grupo 1 composto pelos atores CML-DPE, AML e BSoares, o grupo 2 com a JFArroios, o grupo 3 com Estamo CHULC e DGPC e o grupo 4 com AHGPC-CHLC e ICOMOS. Sobre a implicação dos atores em relação aos objetivos no processo de regeneração urbana da Colina de Santana existem quatro que estão mobilizados para todos os oito objetivos: AML, CML-DPE, JFArroios e BSoares (Quadro 6).

Já em relação à mobilização dos objetivos são três os objetivos mais mobilizadores: ‘Promover ações para preservação do património edificado dos Hospitais da CS’ (O6); ‘Promover ações para preservação do património material e imaterial dos Hospitais da CS’ (O7) e ‘Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC’ (O1). Os dois primeiros mobilizam onze dos doze atores, consideram-nos indispensáveis. Já o último, mobiliza nove dos doze atores que o consideram muito importante no processo de regeneração da Colina de Santana.

A CML-DPE, cujas competências e a capacidade de diálogo que lhe são conferidos por ser um órgão eleito, é muito influente, mas revela-se o ator mais dependente. A sua influência sobressai na capacidade de diálogo para promover o desenvolvimento dos objetivos mais do que outro ator deste sistema. Em relação aos hospitais a CML-DPE referia que “A Estamo (...) apresentou à Câmara num primeiro momento um plano para a venda dos cinco hospitais que tinha na Colina de Santana (...) fez apresentação de um primeiro draft, a Câmara disse que não poderia ser daquela maneira, ou seja, não podia ser um processo isolado à peça (...). Tinha que ser um processo integrado, com uma fundamentação urbanística muito forte, avaliando as consequências que a transformação iria causar e procurando que as soluções fossem soluções que minorassem os problemas e que requalificassem fundamentalmente a área da Colina. Isso ficou muito claro logo nas primeiras reuniões. (...) em 2010. Nessa altura (...) estávamos numa fase de elaboração do Plano Diretor Municipal (PDM) e queremos ter uma perspetiva para a Colina de Santana, que possa ser vertida para o Plano, por um lado, e que tenha condições de vir a constituir um factor de transformação positiva para a cidade.”. A Estamo afirmou várias vezes que “este assunto foi sempre coordenado pela CML”. Também em relação aos equipamentos referidos no objetivo ‘Promover ações para aumento de população na CS (residente e temporário), equipamentos de saúde e educação, acessibilidade, dinamização social, económica e cultural a C.S.’ (O4) a CML-DPE referia que para a realização do “Centro de Saúde, Unidade de Saúde Familiar (USF) do Martim Moniz (...) houve três entidades que se juntaram para conseguir a sua concretização: a Estamo, a Câmara, o Ministério da Saúde. Foi instalado num edifício que era inicialmente da Câmara, foi

comprado pela Estamo para depois fazer obras e entregar em regime de aluguer ao Ministério da Saúde. Este processo (de negociação) foi encontrado para suprimir uma carência existente (na zona), que era conhecida e que foi possível porque as entidades envolvidas, se empenham no assunto.”

Em termos legislativos a CML-DPE pode propor alterações ao Plano Diretor Municipal (PDM), ao Plano de Salvaguarda Patrimonial, Planos de Pormenor, Unidade de Execução, entre outros, mas a legislação nacional, que mudou em 2015, tendo sido retirado o conceito de PAT⁸⁰. Em relação à análise dos projetos PIP's a CML-DPE remete para “o Plano Diretor (alterado em 2012) já previa esta substituição e portanto o que se dizia era, vamos lá executar o PDM, conforme está previsto, procurando ao mesmo tempo encontrar um programa para a Colina que garanta uma efectiva reabilitação urbana, do seu património, por um lado, das suas condições de vida e ao mesmo tempo procura minorar, mitigar o impacto negativo que a saída dos hospitais que constituem uma importante fonte de mão-de-obra interna e externa, mão-de-obra que esteja relacionada com a existência dos hospitais, necessariamente irá criar.”

A JFArroios que está mobilizada para todos os objetivos estratégicos tem um grau de implicação menor visto que no sistema de atores da Colina de Santana depende tanto como influencia os outros atores ($r_i^* < 1$) A sua atividade no terreno é constante o que mostra o interesse pelo desenvolvimento local: “fizemos um Acordo entre a freguesia, a Academia Militar e a Câmara. Fomos nós que recuperámos o balneário da piscina. (...) essa ideia nem surgiu dessas reuniões, surgiu por uma luta da Junta de Freguesia. Essa por acaso foi a Junta de Freguesia e não a Câmara Municipal (risos).” Ou sobre protocolos entre a CML, Estamo e Manside: “Não a Junta não tem interferência nenhuma. A Junta é chamada para sentir, o que é que acha, mas não é dar um parecer. (...) O esforço é para todos.”.

A JFArroios não tem competências para influenciar a decisão das várias temáticas mas é o ator que está mais próximo da população da Colina de Santana bem como é o ator que participa nas parcerias ou apoia intervenções no terreno quando é

⁸⁰ DL n.º 80/2015, de 14 de maio.

requisitada. Sobre a área da saúde e por esta zona ser uma área identificada de população envelhecida, a Junta por ela própria avança com os pedidos às mais altas instâncias do país. “Nós não temos intervenção direta, não damos pareceres sobre esse assunto”; sobre esclarecimentos à população dos PIP’s para hospitais: “(...) esses encontros foram feitos fora da freguesia, foram feitos na Assembleia Municipal. (...) quando é a Câmara que organiza, normalmente envia um folheto que nós distribuímos.”; sobre a área da Saúde: “A Junta Freguesia pode fazer pressão, feita diretamente pela Presidente. É uma área que conheço bem, trabalhei 5 anos na área da saúde. E que sempre fiz pressão. As freguesias, nestas situações todas têm o poder de fazer pressão, se não se quiser chamar pressão, chame-lhe sensibilizar.”

O terceiro grupo de atores, a Estamo, o CHULC e a DGPC, com competências e interesses tão diferentes para a zona da Colina de Santana, têm em comum a implicação nos objetivos mais mobilizadores do sistema, ‘Promover ações para preservação do património edificado dos Hospitais da CS’ (O6) e ‘Promover ações para preservação do património material e imaterial dos Hospitais da CS’ (O7), os restantes objetivos não são comuns aos três. Sendo que o ‘Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC’ (O1) é o terceiro objetivo mais mobilizador e ‘Fomentar interações entre atores para dinamizar o território e proteger o património da CS’ (O5) implicam os atores Estamo e CHULC que estão empenhados no seu desenvolvimento.

De referir que ‘Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC’ (O1) é o único objetivo que teve uma posição de desacordo de dois atores (ICOMOS e AHGPC-CHLC). Estes atores estão contra o encerramento dos hospitais. Ambos são os mais acérrimos defensores do património. O ICOMOS defende que “para qualquer edifício que seja, obviamente se pudermos guardar a função inicial é a função que melhor se adapta. Quando não for essa a função, o que nós pensamos é que deve guardar pelo menos a autenticidade do espaço, ou seja, evitar demolições. (...) faz-se uma análise histórica do edifício, a evolução do edifício, o que é original e o que não é, o que tem valor e o que não tem, e o que tiver valor é para guardar. O que tem que acontecer é a função adaptar-se ao espaço e não o contrário, o espaço adaptar-se à função.” As competências desta entidade não são a obrigatoriedade de dar pareceres a

outras entidades “a nossa ação é que venham ter connosco, nós estamos aqui é para ajudar! A ideia principal é a preservação, portanto se há necessidade de programar uma grande área na cidade de Lisboa, podemos colaborar, temos um grupo de técnicos especializados, quer seja em urbanismo, quer seja em edifícios, quer seja em paisagens culturais. Há uma série de especialidades, que podemos muito bem dar o nosso parecer técnico até sobre a análise dos projetos, na programação.”

A AHGPC-CHLC refere que o Ministério da Saúde quando decidiu o encerramento dos hospitais do CHULC não teve uma base credível para suporte dessa decisão, nem foi convenientemente articulado com outras entidades existentes em Lisboa. Refere-se as notícias que foram surgindo do Ministério da Saúde: “em determinada altura dizia, que todos os edifícios vão ficar ligados à área da saúde, mas para fazer o quê? Isto já deveria estar pensado, se vão fazer o novo hospital, isto já deveria estar tudo organizado, com plano muito bem estruturado com base num estudo das necessidades e projeção das necessidades da população da cidade. E na parte especializada e nas disciplinas altamente diferenciadas para o resto do país, ou pelo menos para a área que serve estes hospitais. E mais isto tudo devia ser acordado com o Hospital de Santa Maria e com os outros hospitais existentes.” Este ator, da área da saúde, explicou a sua posição sobre o que considera uma decisão menos boa sobre o encerramento dos hospitais sem existirem estudos concretos ou um Plano de Saúde para a cidade de Lisboa e até para o país. Considera assim que em relação à saúde, em Lisboa o encerramento não tem suporte de decisão válido e em relação ao património existente não há conhecimento, nem interesse por parte do CHULC, Estamo e até do MSAúde de conhecer qual o património existente em cada um dos hospitais. Apesar de ter sido a Estamo a pedir à ILobo para fazer o Plano Urbano da Colina de Santana e apesar de os PIP's, terem salvaguardado alguns dos imóveis classificados nos hospitais, este ator considera que não está efetivamente salvaguardada toda a história, todo o património existente. Referia que mesmo tendo os vários Conselhos de Administração do CHLC autorizado mais de 600 visitas guiadas aos hospitais, não houve nenhum administrador que quisesse ir fazer uma visita para conhecer o património existente. O contributo veio de voluntários que ia convencendo nas visitas guiadas e que deram

apoio à preservação e inventariação de objetos existentes. O Museu de Dermatologia, com figuras de cera, foi inventariado através do projeto com a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), assim como através dos resultados dos protocolos com várias faculdades e outros Institutos que permitiram igualmente inventariar azulejos, restaurar peças, como foi o caso da sacristia da igreja do Hospital de São José, além dos trabalhos dos alunos de arquitetura, alunos estes que deverão prosseguir na defesa do património existente nos hospitais do CHULC.

O objetivo ‘Fomentar interações entre atores para dinamizar o território e proteger o património da CS’ (O5), integrado no segundo desafio e cuja variável passa de *Dependente* no sistema atual, para *Motriz* no sistema Potencial tem por base uma deliberação da AML, exigência de um Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (PAT)⁸¹. Este objetivo assim como os atores que têm diretamente a ver com a sua criação e desenvolvimento, são os atores com mais influência no processo de regeneração urbana, a saber a CML-DPE, a AML e o BSoares.

Neste documento vem indicado que o propósito do Relatório do PAT⁸² cuja determinação é: “enquadrar as transformações urbanísticas que resultarão do encerramento dos Hospitais existentes na Colina de Santana, mas também os processos de mudança que se verificam nesta grande área central da cidade, designadamente o envelhecimento e perda de população, o encerramento e realocação de importantes instituições públicas e privadas ali tradicionalmente instaladas e as suas consequências

⁸¹ A escolha do Atelier BSoares pela Estamo para elaborar o PAT surge, pensamos nós, pela experiência que este Atelier tem já em trabalhos anteriores. “O PAT era um instrumento (...) de articulação, de integração de ações, não era um plano, era um programa (a novidade era essa), com uma estratégia, com um programa de identificação de ações, envolvimento de atores e portanto parecia-nos muito importante, já tínhamos experimentado e em parte penso que fomos convidados por isso, éramos das poucas equipas que estavam a trabalhar com este instrumento de gestão do território (...) fizemos um PAT intermunicipal Alcochete/Palmela (...) e na Amadora, estamos a trabalhar atualmente...”. (BSoares-PAT-Contributos).

⁸² O Atelier Bruno Soares entregou à Estamo quatro relatórios (dois no ano 2014 e dois no ano 2015). O Relatório Final (versão de 2 Julho 2016) é constituído por dois volumes: Volume 1- Contributos da Estamo para a proposta do PAT; e Volume 2- Enquadramento das operações urbanísticas da Estamo PAT da Colina de Santana – Minutas das Termos de Referência. Só tivemos acesso ao Volume 1 Relatório Final- Volume 1- Contributos da Estamo para a proposta do PAT-CML. Esta fase de trabalho durou entre Dezembro de 2015 e Julho de 2016 no qual a equipa realizou 11 reuniões de trabalho. O trabalho deste Atelier durou três anos (entre 2013 e 2016) Relatório Final “90 ações georreferenciadas cada uma com uma ficha, e portanto o estado que estava quando isto entrou em *stand by* era este, em 2016, a última versão deste nosso relatório é em Julho de 2016.” (BSoares PAT-Contributos).

na estrutura social, no tecido económico e empresarial, no património edificado e no quadro de vida da população residente e da que ali trabalha.” (PATCS, 2016, p.7).

O atelier BSoares referiu “Nós pusemos as pessoas todas sentadas à mesma mesa e de boa-fé e de repente perceberam que havia casamentos possíveis dos vários projetos (...) No território tudo convive paredes meias uns com os outros, mas na vida real não. Depois estão separados e tomam decisões à parte. No momento em que nós começámos a ter as primeiras reuniões (...) havia coincidências e convergências possíveis que, de outro modo, não tinham aparecido. Em certa medida o PAT é responsável por algumas medidas, mas houve umas quantas que resultaram especificamente de sentar as pessoas à mesa.” (BSoares-PAT-Contributos).

O problema é que o trabalho desenvolvido pelo PAT, para a Estamo, nunca foi apresentado publicamente ou aprovado pelo município. Apesar desta variável *atual*, de estar localizada como variável *motriz* no sistema potencial, é pouco mobilizadora devido à falta de decisão de encerramento dos hospitais, pressuposto base para este PAT se concretizar.

O objetivo ‘Promover ações para o aumento de população na CS (residente e temporário), equipamentos de saúde e educação, acessibilidade, dinamização social, económica e cultural a CS’ (O4), o menos mobilizador é o objetivo que integra mais variáveis (12), das quais 7 são potenciais. Para concretizar algumas destas variáveis é necessário que a decisão de construção do novo hospital avance e que os atores tenham poder de decisão e trabalhem em parceria.

Se para o CHULC a construção do novo hospital vem resolver muitos problemas de manutenção “Se tiver uma estrutura a funcionar em moldes diferentes destes eu consigo ter poupanças significativas e rendas que vou pagar, a entidade que vai construir o hospital e que vai gerir o hospital do ponto de vista da sua infra-estrutura, será sempre muito menor do que o orçamento infra-estrutural destes seis hospitais (...)” e é um dado adquirido para outros, AHGPC e a AML referem que não é conhecido nenhum Plano de Saúde para Lisboa que valide a necessidade de um hospital com as

características do novo hospital. A AHGPC e a ICOMOS são os atores que não concordam com o encerramento dos hospitais do CHULC, por questões da área da saúde a primeira e ambas por questões de salvaguarda patrimonial.

Outro assunto deste objetivo sobre o qual ainda não há decisão diz respeito a uma das variáveis potenciais que integra este objetivo é a ‘Criação de novos centros de atendimento médicos na CS’ (v.13). Em relação a esta variável, foi inaugurado no Martim Moniz uma Unidade Familiar de Saúde (UFS) conforme afirmado pelo CML-DPE e BSoares, existindo também a possibilidade de manter parte ou algum dos hospitais ainda em funcionamento no CHULC. A Estamo referia que “há hospitais que têm a possibilidade de se manter. (...) Se o Estado entender que se mantêm... manter-se-ão. O Estado pode até reconverter novamente para o Estado os edifícios”, ou o município “... perspectiva-se que, pelo menos o Hospital de São José (HJS) possa ficar como hospital de retaguarda, eventualmente com um ou outro serviço, num outro hospital, não sei. Santa Marta parece que é o que tem um serviço especializado mais atualizado e poderá manter-se durante mais tempo. (...) O São José a parte protegida do Convento, ficaria sempre. E ficará!”. Ainda em relação ao Hospital D. Estefânia o atelier ILobo-PUCS considera que “... como uma destas grandes unidades cadastrais a Estefânia, (...) vai manter-se como hospital.”. A JFArroios defende e reivindica que tem lutado para que o Hospital de São José fique com funções hospitalares na zona para beneficiar a população, “Nós lutamos para que o São José fique como um hospital de proximidade. Um hospital de retaguarda, pois temos uma população bastante envelhecida, e também um hospital de Cuidados Continuados.”

Como se percebe o assunto ainda não só não está decidido, como cada ator tem uma opinião diferenciada sobre a necessidade de localizar novos locais de atendimento médico na Colina de Santana.

A incerteza do sistema advém da falta de decisão neste processo e por este motivo os atores, estando implicados com os objetivos não têm a possibilidade de os desenvolver. Os atores com mais poder e também com as competências que lhe são adstritas, desenvolvem algumas temáticas, mas não podem avançar mais porque não há

decisão definitiva sobre o encerramento dos hospitais, para que se desenvolva na totalidade o processo de regeneração urbana consensual entre os atores aqui descritos e outros que surjam durante o desenrolar do processo.

5.5 Cenários para a Colina de Santana

Na continuidade da utilização de duas fases do método dos cenários: a Análise Estrutural e a Estratégia de Atores, por se tratar de um método prospetivo, permite a construção de algumas hipóteses dos possíveis panoramas futuros no âmbito do processo aqui estudado, enquanto metodologia de apoio à decisão. Godet, 1993 (em Guerra at all, 1999, p. 9) refere que “Todos os que pretendam predizer ou prever o futuro são impostores, pois o futuro não está escrito em parte nenhuma, está por fazer.”

Resumindo o que até agora se obteve nesta análise:

- Das 31 variáveis identificadas no sistema da Colina de Santana, cinco são variáveis *Motrizes*, sendo todas elas variáveis Atuais:
 - Sistema atual:
 - Encerramento das instalações hospitalares na C.S. (v.1) (A);
 - Sistema potencial:
 - Encerramento das instalações hospitalares na C.S. (v.1) (A);
 - Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais (v. 27) (A);
 - Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais (v.29) (A);
 - Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais (v. 30) (A);
 - Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (v.31) (A);
 - A maior alteração do sistema atual para o sistema potencial foi o aumento de 7 para 20 variáveis do grupo *pelotão*, provenientes do grupo

das *dependentes* aumentando a incerteza do sistema, porque efetivamente não se sabe o seu posicionamento quando houver decisões concretas.

- No plano de influência / dependência direta e indireta entre atores destacam-se dois grupos:
 - Atores- chave: AML e DGPC;
 - Atores-Charneira: CML-DPE, Estamo, CHULC, MSAúde, BSoares e JArroios.
- O ator com um grau de influência mais elevado no sistema é CML-DPE, seguido por AML, DGPC e Estamo.

Tendo em conta o grau de implicação dos diversos atores com os objetivos estratégicos, assim como o seu posicionamento na relação de forças, dividimos os atores em quatro grupos:

- grupo 1: CML-DPE, AML e BSoares. A CML-DPE é o ator com um grau mais elevado na relação de forças (r_i^*). A AML é um dos dois ator-chave do sistema.
 - grupo 2: JFArroios,
 - grupo 3: Estamo, CHULC e DGPC. A DGPC é um dos dois ator-chave do sistema.
 - grupo 4: AHGPC-CHLC e ICOMOS.
- Destes grupos podemos considerar que o grupo 2 é um subgrupo do grupo 1, pois os 4 atores estão mobilizados para todos os 8 objetivos, tendo na relação de forças (r_i^*) um peso de $r_i^*=5.49$; o grupo 3 tem um peso no sistema de $r_i^*=4.28$; finalmente o grupo 4, que se caracteriza por ser contra a decisão de ‘encerramento do hospitais da CHULC’ (O1), mas o seu poder na relação de forças deste sistema é insignificante ($r_i^*=0.84$).
 - Foram identificados 8 objetivos estratégicos, organizados em 3 desafios estratégicos. Existem 3 objetivos com um grau de mobilização muito elevado por parte dos atores no processo de regeneração da Colina de Santana:

- ‘Promover ações para preservação do património edificado dos Hospitais da CS’ (O6) - mobiliza onze dos doze atores consideram-no indispensável (grau de mobilização dos atores= 11.3);
 - ‘Promover ações para preservação do património material e imaterial dos Hospitais da CS’ (O7) - mobiliza onze dos doze atores também o consideram indispensável (grau de mobilização dos atores= 11.3);
 - ‘Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC’ (O1) - mobiliza nove dos doze atores que o consideram muito importante (grau de mobilização dos atores= 9.7);
- Sobre a implicação dos atores nos objetivos estratégicos do processo de regeneração urbana, são 4 os atores implicados nos 8 objetivos:
- Atores: AML, CML-DPE, JFArroios e BSoares;
- Só um dos objetivos estratégicos é que apresenta atores contra:
- Objetivo: ‘Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC’ (O1);
 - Atores contra: AHGPC-CHLC e ICOMOS.

Estes são os resultados da análise prospectiva, dos quais foi possível identificar as variáveis mais importantes do sistema, os objetivos estratégicos integrados nos desafios para o processo de regeneração da Colina de Santana e quais os mais importantes para cada ator, assim como os atores com maior poder na relação de forças do sistema da Colina de Santana.

“Construir cenários do futuro é procurar reduzir a incerteza. Não é um exercício de adivinhação no sentido em que o único resultado que se espera obter é uma delimitação do campo dos possíveis, realizada numa base de probabilística” (Guerra, at all, 1999, p.77). Ainda segundo esta autora “enquanto modo de ação, a prospectiva apresenta-se como uma nova forma de planeamento, recusando o planeamento tradicional essencialmente projectivo.” (Guerra, at all, 1999, p. 10)

Assim, contamos não só apresentar alguns cenários com as respetivas hipóteses possíveis tendo presente a incerteza do sistema devido à falta de decisão política, mas

assumindo o pressuposto que o ano de abertura do Hospital Lisboa Oriental (HLO) será em 2023⁸³, considerando vários cenários possíveis no processo de regeneração da Colina de Santana. É este facto que irá despoletar todas as dinâmicas inerentes à transformação da Colina de Santana. De referir que dois dos atores que não concederam entrevistas: MSAúde e ARSLVT são os atores com a competência de decidir o avanço do processo de construção do novo Hospital e, com a competência de coordenar o processo do concurso público internacional para a construção e manutenção do futuro HLO, respetivamente. O MSAúde tem ainda a possibilidade de determinar que parte do património que atualmente pertence à Estamo poderá reverter para esta entidade. Assim, todos os dados obtidos não apresentam a visão destas duas entidades, no entanto tentar-se-á perceber as trajetórias do processo de regeneração urbana da Colina de Santana com as três hipóteses apresentadas, com base nos resultados obtidos na análise estrutural e na estratégia de atores.

Cenário 1: Atualizar o Programa de Ação Territorial da Colina de Santana (PAT) pelo executivo da CML e AML

O ator BSoares elaborou o PAT, no qual destacava duas fases e alguns pressupostos, um dos quais era essencial para que este programa se concretizasse, ou seja, a decisão de encerramento dos hospitais. Este atelier prevê que o processo de Regeneração da Colina de Santana dure pelo menos 10 anos com duas fases de intervenção: pré e pós encerramento dos hospitais.

Na fase antes do encerramento, e no final dos trabalhos em 2016, assumia que o protocolo do Desterro (com projeto de dinamização) já teria tido desenvolvimentos, o Projeto para o Convento Santa Joana (projeto de licenciamento urbanístico aprovado, mas caducado) e propostas para dinamizar o já desativado Hospital Miguel Bombarda. Todos estes pressupostos antes do encerramento dos hospitais ainda se encontram hoje

⁸³ Resolução do Conselho de Ministros n.191-A/2017. DR n.º 239/2017, 2º suplemento, série I de 2017-12-14 e site da ARSLVT - <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/02/04/construcao-do-hospital-lisboa-oriental/>.

suspensos e sem informação sobre eventuais desenvolvimentos. A concretização destas propostas são da responsabilidade da Estamo, da CML, da JFArroios, de entre outras entidades no terreno.

Em relação à fase de pós encerramento, o desenvolvimento dos projetos para os hospitais de São José, Santa Marta e Capuchos ficariam definidos neste Programa de Ação Territorial, tal como os Termos de Referência e as suas condições de execução, para que à data do seu encerramento, os projetos já estivessem numa fase mais avançada para diminuir o risco de efeitos negativos nas zonas junto às cercas dos hospitais (degradação e abandono).

Há ainda que referir que a figura do Programa de Ação Territorial deixou de estar contemplada na legislação em 2015, por isso apresentam-se duas hipóteses.

H1: O PAT é aprovado pelo executivo da CML e AML

- A decisão de continuar a utilizar esta figura do ordenamento do território, que foi extinta em 2015, poderá ser a primeira dificuldade, podendo não existir interesse por parte de alguns atores de manter esta figura que, atualizada e aprovada pela AML, passará a ter poder vinculativo, pois foi uma imposição da AML na Deliberação 65/2014.
- Os grupos 1, 2 e 3 têm interesse neste assunto.
- No grupo 1, a AML determinou a Deliberação 65/2014; a CML-DPE terá que decidir se é utilizado o PAT ou não; e o atelier BSoares, responsável pela elaboração do documento, não tem nesta matéria influência na decisão. Caso o PAT seja seguido, AML terá a possibilidade de intervir na Colina de Santana, através da verificação da concretização das ações plasmadas no PAT.
- No grupo 2, a JFArroios, que não tem influência na decisão, tem interesse em permanecer num grupo de trabalho, onde poderá apresentar o que tem definido para a área da sua freguesia e saber o que está a ser projetado para essa mesma área.

- No grupo 3, não se pode desenvolver muito a visão da Estamo porque, como já foi referido, não foi possível obter informação mais detalhada sobre o assunto, não ficando assim claro a sua concordância sobre a manutenção do instrumento PAT. Este instrumento irá implicar directamente o futuro edificado dos hospitais da qual a Estamo é proprietária. As reuniões entre as várias entidades que decorreram no âmbito do PAT tiveram efeito em algum do património da Estamo, como por exemplo a instalação do Museu da Saúde, numa ala do hospital dos Capuchos, existindo outro protocolo já assinado que veicula mais dois pavilhões, no mesmo hospital para o Museu. Também dentro da área do hospital Miguel Bombarda a JFArroios manifestou interesse em ficar com algum edificado (através de protocolo com a CML) para dinamizar o espaço, ou seja, estas negociações fizeram alterar os objetivos iniciais que a Estamo tinha para cada um dos hospitais.
- Em relação aos objetivos, o PAT no seguimento da negociação feita com os atores (alguns atores não foram considerados no presente trabalho) intervenientes, permitiu-lhe perceber as suas questões no território estando salvaguardadas as suas preocupações, já coordenadas com outros atores.

H2: O PAT não é aprovado pelo executivo da CML e AML

- A decisão de manter ou não o PAT é primordial.
- O PAT integra dois Volumes: Vol. 1 – contributos para a CML, no qual organiza o território e enumera ações, com respetivos atores que têm que as desenvolver, com datas e valores de execução; o Vol.2 são os Termos de Referência para os novos projetos dos hospitais do CHULC. Se forem aprovados a Estamo fica veiculada ao cumprimento daquelas ações que terão o acompanhamento permanente da AML para comprovar a sua execução.
- O ator BSoares, muito importante no decorrer deste processo, ao elaborar o PAT pode ser afastado do processo se não for decidido manter este programa;
- A elaboração dos novos projetos para os hospitais, que ficariam condicionados aos Termos de Referência aprovados, perderiam a possibilidade de ser elaborados com maior liberdade.

- A não aprovação do PAT permite uma maior abertura dos decisores em relação ao pretendido para a zona, assim como para os territórios dos hospitais;
- A não continuação com o PAT pode atrasar o desenvolvimento dos projetos na zona, pois se for concluído o HLO em 2023, poderá aumentar a pressão sobre as entidades decisoras e avançar projetos que tenham aceitação pelas entidades que se exprimiram nos anos 2013 e 2014, principalmente sobre a questão de salvaguarda do património.
- O ator AML deixará de ter a possibilidade de intervir na Colina de Santana, através da verificação da concretização das ações plasmadas no PAT.

Cenário 2: Manutenção de serviços de saúde em alguns dos hospitais do CHULC

Os atores aguardam a decisão de encerramento dos hospitais para iniciarem o que têm previsto: a Estamo valoriza o edificado dos hospitais, através de novos projetos para os hospitais, assim a negociação com MSAúde e outros atores do grupo 1 para cedência de alguns locais que fiquem a funcionar nas áreas da saúde, da cultura ou do património; A DGPC só terá interferência neste objetivo quando qualquer entidade pretender alterar / transformar não só os edifícios dos hospitais, como qualquer outro com interesse patrimonial na zona.

H1: Encerram todos os hospitais

- O ator CHULC é a favor do encerramento e considera que na zona deveriam existir mais centros de saúde.
- O CHULC pode desenvolver no terreno os resultados que o grupo de trabalho criado para o processo de desativação dos hospitais e transferência para novo hospital que tem vindo a preparar, conforme referido nos relatórios de contas do CHULC.
- A Estamo, a proprietária dos hospitais fica com a totalidade do seu património disponível e com a possibilidade de negociar protocolos de cedência de património com várias entidades, se assim o entender, ou até de reverter algum património para o MSAúde, por exemplo para expandir o Museu da Saúde;

- A Estamo pode recomeçar o processo de elaboração ou reformulação dos projetos anteriormente existentes, sendo a decisão da própria empresa;
- Os atores AHGPC e ICOMOS, posicionados contra o encerramento dos hospitais, cuja ação será, como tem sido, de divulgação, de promoção do património existente e de elaboração de documentos partilhados com várias entidades sobre os hospitais.
- O grupo de atores 1 e 2 mobilizavam-se para os três objetivos que maior peso têm neste processo nomeadamente ‘promover ações para preservação do património edificado, material e imaterial dos hospitais da CS’ assim como, com menos peso no sistema ‘organizar e acompanhar o processo de encerramento dos hospitais do CHULC’;
- Todos os 8 objetivos seriam desenvolvidos entre os atores do grupo 1 e 2;

H2: Mantêm-se alguns hospitais em funcionamento

- O Ministro da Saúde (anterior à Ministra atual) referiu publicamente que ficarão alguns serviços de saúde em funcionamento em vários hospitais dos CHULC, não tendo sido encontrados documentos oficiais com essa determinação, apenas na Comunicação Social;
- O ator JFarroios considera acertada a decisão de manutenção de serviços de saúde, porque a população está envelhecida;
- Esta manutenção pode passar pela reversão de património para o MSAúde para gestão na área da saúde, porque o CHULC deixaria de ter funções já que se formaria um novo Centro hospitalar na zona oriental da cidade de Lisboa, ou manter-se-ia uma parte do CHULC em funcionamento;
- O ator CHULC referiu que não deve ficar nenhum hospital a funcionar pois a centralização dos cuidados de saúde num só hospital (HLO) só trará benefícios económicos trazendo uma capacidade assistencial muito melhor ao utente. Considera que para a zona deveriam existir mais centros de saúde;
- Esta questão não está decidida, pelo que se conhece publicamente.

Cenário 3: Transferência de edifícios para MSAúde ou para o município

H1: Transferência de edifícios com património de relevo

- Os atores CML-DPE, BSoares e JFArroios referiram que havia a possibilidade de, relativamente a algum património, realização de protocolos de cedência para a CML, para que esta entidade pudesse desenvolver projetos e /ou equipamentos necessários à freguesia. O hospital mais falado nesse sentido foi o Miguel Bombarda, visto que para o Desterro já existe um protocolo assinado entre a Estamo, CML e Mainside para dinamização do espaço (não estando ainda a ser utilizado, segundo a JFArroios aquando das obras necessárias no hospital, levadas a cabo por questões de segurança, tendo sido mais caras do que inicialmente fora previsto e por isso o processo ficou parado);
- Da parte da Estamo, foi transmitido que, se o MSAúde assim o entendesse poderia reverter alguns espaços para aquele ministério;
- A importância desta transferência pode fazer toda a diferença para o avanço dos projetos dos hospitais para as entidades que querem proteger o património existente;
- Ao transferi-los para o município de Lisboa ‘obriga’ este ator a investir em mais património, o que aumentaria os custos nesta área do município, mesmo estabelecendo parcerias para dinamizar alguns locais;
- Na transferência para o MSAúde do edifício com património, corre-se o risco de a salvaguarda do património não ser feita, caso mantenha as políticas de primazia à área da saúde e respetivo apoio ao utente em detrimento ao património existente;

H2: Transferência de edifícios sem património de relevo

- A transferência de edifício sem património pode permitir ao município encontrar locais para equipamentos (escolas, centros de saúde, etc), necessários naquela zona da cidade e que, por estar quase totalmente edificada não tem sido possível encontrar locais de instalação.

- Esta transferência pode permitir ao município ter locais onde pode melhorar as acessibilidades à Colina;
- Esta transferência pode também permitir ao município abrir ao público espaços até agora fechados, promovendo a sua fruição enquanto espaços de convívio e lazer;
- A transferência para o MSAúde pode permitir à ARSLVT ficar com áreas nesta zona da cidade que poderão ser destinadas a equipamentos de saúde, ou para ampliação do Museu da Saúde.
- Os pontos anteriores permitem a realização do objetivo ‘promover ações para aumento da população na CS (residente e temporária), equipamentos de saúde e educação, acessibilidades, dinamização social, económica e cultural na CS’.

Este processo de regeneração urbana da Colina de Santana pode apresentar mais cenários, mas consideram-se estes três porque se relacionam com os objetivos e com os desafios estratégicos deste grupo de atores.

Com este exercício pretende-se colocar em questão um conjunto de problemáticas que necessitarão de resposta quando o novo hospital começar a ser construído, para que os objetivos dos atores se concretizem.

Conclusão

O trabalho aqui desenvolvido, tal como a grande maioria das pesquisas na área dos Estudos Urbanos, apresenta resultados e conclusões que se pretende, tenham um carácter cumulativo propiciando a sua utilização futura, contemplando uma fundamentação teórica dos dados observados e analisados que estruture e valide com a necessária coerência científica as conclusões dele extraídas.

A articulação dos diferentes processos metodológicos lidou com algumas limitações no decorrer das várias etapas, de entre as quais se destacou a falta de disponibilidade de dois atores, o Ministério da Saúde (MSaúde) e Administração Regional de Saúde de Lisboa de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), sendo o primeiro um ator-charneira na concessão de entrevistas. Verificou-se ainda, uma limitação relativa à falta de atualidade da informação disponibilizada pelos restantes atores, tendo em conta que a mais recente, provém do ano de 2016, encontrando-se o processo de regeneração urbana da Colina de Santana, de momento numa fase de estagnação. Esta suspensão das ações de influência por parte dos atores decisores levou a que, grande parte dos procedimentos de análise no decurso da pesquisa passasse a considerar dezassete das trinta e uma variáveis selecionadas, como potenciais, reforçando o carácter prospetivo dos resultados. A imprevisibilidade inerente às questões relacionadas com as futuras tomadas de decisão política incrementou a margem.

No entanto, as condicionantes mencionadas, não impossibilitaram a apresentação de resultados ao nível da Análise Estrutural e da Análise de Estratégia de Atores. Com a primeira, foi possível identificar cinco variáveis motrizes e a segunda permitiu identificar três desafios e oito objetivos estratégicos do sistema, bem como a relações existente entre os atores e os atores e os objetivos.

Foram assumidas para este sistema trinta e uma variáveis, das quais dezassete são potenciais, o que significa que são ações que ainda não estão a decorrer e não há a certeza que se concretizem, o que mostra a incerteza do sistema, assim como, as variáveis identificadas como mais importantes do sistema. As ‘Decisões políticas

concretas a favor de encerramento dos Hospitais’, o ‘Encerramento das instalações hospitalares na C.S.’, as ‘Medidas governamentais para a zona da C.S. após encerramento dos hospitais’, as ‘Medidas municipais para a zona da C.S. após encerramento dos hospitais’ e o ‘Desenvolvimento do PAT-Programa de Ação Territorial para a C.S.’, dependem de decisões políticas concretas para se desenvolverem.

De alguns dos conceitos que integram esses desafios e objetivos estratégicos, o *património* assume-se como preponderante. Sobre o *património*, com a excepção de um, os restantes atores reconhecem a sua importância do tema. A promoção de ações para preservação do património edificado, material e imaterial dos hospitais da Colina de Santana está espelhada nos objetivos com maior implicação dos atores. Vem efetivamente indicação de necessidade de salvaguardar o património, que está referenciado como classificado, nos documentos analisados, mas nas entrevistas foi colocada uma questão sobre a existência de património material e imaterial, sobre quem seria a entidade responsável pela preservação deste património e nenhum dos doze atores entrevistados assume essa responsabilidade, remetendo a questão para o ator Ministério da Saúde. Rodrigues refere que “quem decide o que é relevante preservar é um determinado grupo (elite) e não o coletivo (povo) como um todo. Neste sentido, o património é um constructo social (Prats, 1997), é uma invenção, ou por outras palavras, uma versão apenas de uma parte do conjunto das ações humanas, num determinado período histórico (Peralta, 2000)” (em Rodrigues, D., p.4). O que a Administradora Hospitalar do Gabinete de Património Cultural do CHLC (AHGPC-CHLC) defende é que esta versão de uma parte do conjunto de ações humanas destes hospitais com séculos de história... seja preservada.

A definição do que é património, do que deve ser salvaguardado dependerá, também, da decisão das entidades com competência. A preocupação do ator AHGPC-CHLC é a da existência de muito património material na área da saúde, que não só não está preservado, como não está identificado, nem catalogado. Este ator, desde 2007, tem desenvolvido todas as suas capacidades de comunicação para promover visitas guiadas aos hospitais. Como refere Afonso, “o património arquitectónico de uma cidade

constitui uma herança cultural coletiva, (...) o património assume-se assim, como uma forma de proteção da identidade, funcionando como uma espécie de registo da história do passado de um povo, e deve ser preservado à imagem dos valores que representa para a identidade histórica da comunidade.” (Afonso, 2016, p. 44). Este ator também fez contactos com universidades para celebrar protocolos para restaurar os arcazes da Capela de São José, antiga Sacristia, que é Monumento Nacional, para catalogar o espólio do Museu da Dermatologia Portuguesa- Luis de Sá Penella e para catalogar instrumentos de saúde que estão no armazém no Palácio Melo, no Hospital dos Capuchos, entre outras ações destinadas à preservação do património. Ou seja, este ator, não tendo poder neste sistema, consegui, ao longo dos anos, ter outro tipo de influência no território. Junto de entidades reconhecidas, conseguiu promover protocolos que irão salvaguardar património que, de outra maneira, não teria sido possível. Este ator e a ICOMOS são os atores que mais veementemente referiram pretender salvaguardar o património e são os únicos contra o encerramento dos hospitais, mas não têm poder para decidir neste sistema, podem sim, manter a sua missão de divulgação e de sensibilização, como já anteriormente o fizeram.

A índole prospetiva anteriormente considerada, impelida pela expressão das variáveis potenciais e, fazendo jus à terminologia do método, permitiu formular três cenários e respetivas hipóteses para a continuação deste processo de uma forma integrada, assumindo sempre o pressuposto de que o ano de abertura do Hospital Lisboa Oriental (HLO) será em 2023, sendo este o facto que irá desencadear todas as ações inerentes à transformação da Colina de Santana. De referir que dois dos atores que não concederam entrevistas: MSAúde e ARSLVT são os atores com a competência de decisão no avanço do processo de construção do novo Hospital e com a competência de coordenar o processo do concurso público internacional para a construção e manutenção do futuro HLO, respetivamente. O MSAúde tem ainda a possibilidade de determinar que parte do património atualmente pertencente à Estamo poderá reverter para esta entidade. Assim, os dados obtidos não expressam a visão destas duas entidades.

Apesar dos condicionalismos já apontados, a metodologia utilizada enquanto análise prospetiva permitiu a objectivação de um conjunto de relações sociais,

económicas e políticas de grande complexidade e abrangência, identificando os atores com mais importância e poder no sistema, que integra diferentes interesses no processo de regeneração urbana da Colina de Santana em Lisboa. A relação entre os atores e a implicação destes para com os objetivos reconheceu quatro grupos. Destes grupos, podemos considerar que o grupo 2 é um subgrupo do grupo 1, pois os 4 atores estão mobilizados para todos os 8 objetivos, tendo diferenças na relação de forças entre eles. A JFArroios não tem poder de decisão, mas é o ator mais próximo da população e com melhor conhecimento no terreno de possíveis parceiros para desenvolver projetos locais em conjunto. Já a Câmara Municipal e a Assembleia Municipal de Lisboa são os atores com maior influência no sistema, seguido do atelier que elaborou o Programa de Ação Territorial.

Consideram-se três cenários por se relacionarem com os objetivos e com os desafios estratégicos deste grupo de atores.

Cenário 1: *Atualizar o Programa de Ação Territorial da Colina de Santana (PAT) pelo executivo da CML e AML* – colocam-se as hipóteses da aprovação ou não do PAT pela CML e AML. Sobre este cenário refere-se que quase todos os objetivos presentes neste trabalho (excetuando a decisão do processo de encerramento dos hospitais): a promoção de preservação do património edificado, material e imaterial; a promoção do património existente nos hospitais; a promoção de ações para melhoria de espaço público, acessibilidades; o fomento da economia local; o apoio ao processo de encerramento dos hospitais entre outros e a promoção para fomentar interações entre atores têm a implicação de todos os atores. Do trabalho desenvolvido pelo PAT, já existem ações que foram ou estão a ser desenvolvidas no terreno integradas no PAT, podendo considerar-se que seria positiva a sua atualização, aprovação e desenvolvimento. Em caso de não aprovação do PAT, este poderia também ser substituído por um Plano para a zona, como o ator DGPC enumerou nas informações sobre os projetos dos hospitais, um Plano Pormenor de Salvaguarda, outra figura existente. Também o Projeto Urbano para a Colina de Santana (PUCS) elaborado pelo atelier ILobo poderá ter a possibilidade de ser reavaliado e acrescentado.

Cenário 2: *Manter os serviços de saúde em alguns dos hospitais do CHULC* – colocam-se as hipóteses dos hospitais serem todos encerrados ou de alguns se manterem em funcionamento. A manutenção de serviços de saúde em alguns hospitais da CS deveria ser pensada e decidida do ponto de vista da área da saúde, mas também da área patrimonial e museológica e por parte de quem tem competência na área planeamento urbanístico, económico e social para a zona. Alguns atores referiram o que pretendem para a zona: a JFArroios defende a manutenção de um hospital na zona, a CML-DPE, em coordenação com a ARSLVT, está a planear a abertura de Centros de Saúde para a zona, estando um já em funcionamento (a Unidade de Saúde familiar do Martim Moniz). O ator AHGPC-CHLC é contra o encerramento dos hospitais, por considerar que não existe um estudo que prove que a cidade precisa de um novo hospital com as características conhecidas.

Cenário 3: *Transferência de edifícios para MSAúde ou para o município* – colocam-se as hipóteses da transferência de edifícios ser realizada com ou sem património de relevo. O encerramento de todos os hospitais deve ser acompanhado pelos grupos 1, 2 e 3 para que não permita a sua degradação física podendo influenciar toda a zona envolvente. O grupo de atores 1 e 2 mobilizavam-se para os três objetivos que maior peso tem neste processo, nomeadamente ‘promover ações para preservação do património edificado, material e imaterial dos hospitais da CS’ assim como, com menos peso no sistema ‘organizar e acompanhar o processo de encerramento dos hospitais do CHULC’, pelo que se assim for, estão salvaguardadas as questões do edificado.

Para além das hipóteses que são colocadas a partir do Método dos Cenários, a observação direta, as entrevistas aos atores e a pesquisa documental realizadas, permitem referir que a transformação da Colina de Santana, mesmo sem o encerramento dos hospitais, já decorre neste momento e, algumas das ações espelhadas no Documento Estratégico de Intervenção e do Programa de Ação Territorial da Colina de Santana já se encontram finalizadas, enquanto outras estão em fase de desenvolvimento e outras aguardam por decisões. O município decidiu promover a habitação a custos acessíveis em várias zonas da cidade, criou um Programa que recorre a parceiros privados ou

investidores que, no projeto, assumem a construção (selecionados por concurso público), o arrendamento e a gestão das habitações com rendas acessíveis. Foi definido implementar o Programa de Renda Acessível em três locais da Colina de Santana, no Paço da Rainha (mais exactamente do cabeço da bola e na rua das Barracas), na Rua Gomes Freire e na Rua de São Lázaro para fomentar o aumento da população residente. Os três programas estão a desenvolver-se e são um *input* positivo, conforme exposto no Objetivo 4. Alguns dos locais escolhidos não estão devolutos o que pode acarretar alguns problemas sociais, nomeadamente no Cabeço da Bola e na Rua das Barracas, assim como no caso dos comerciantes da Rua de São Lázaro, que se encontram em negociações com o município para deixar as lojas. Segundo Smith, em Mendes (Mendes, 2014, p. 206), a gentrificação deixou de ser um exclusivo objetivo do planeamento urbano, passando a integrar o próprio mercado imobiliário, enquanto consequência de uma regeneração urbana.

Como fica exposto neste estudo, o processo de regeneração urbana da Colina de Santana está suspenso e aguarda decisões concretas de encerramento dos hospitais para se desenvolver entre estes e outros atores que surjam no sistema. Mas como foi reconhecido nos cenários apresentados, as decisões não passam só pela construção do novo hospital, mas sim por decisões mais profundas e que podem alterar a visão até aqui prevista.

Bibliografia, Fontes e Webgrafia

Bibliografia:

- Afonso, Diana, 2016, *Um Museu de Medicina na Colina de Santana?*, Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em gestão e Estudos da Cultura – Ramo Museologia, ISCTE-IUL.
- Alves, Fernando, 2013, *A dimensão espacial do poder diálogos entre Foucault e a Geografia*, em *Geografia em questão*, V.6, n.º01, pp.231-245.
- Araújo, Gilvan, 2017, *Notas sobre as relações de poder e o território*, *Geodiálogos-Revista electrónica de diálogo e Divulgação em geografia*, n.º 5, Volume 1.
- Araújo, Norberto, 1992, *Peregrinações em Lisboa* - IV Volume Coleção Conhecer Lisboa, Edições: Vega e Herdeiros do Autor, Editor: Assírio Bacelar- 2ª Edição.
- Arc, Hélène Rivière d', 2003, *Requalificar o século XX: projeto para o centro de São Paulo*, em *De Volta à Cidade: dos processos de gentrificação à políticas de 'revitalização' dos centros urbanos*, coordenado por Zacharieasen, Catherine Bidou-, com a colaboração de Nicola, Daniel Hiernaux e Arc, Hélène Rivière d'. Tradução Helena Menna Barreto Silva, Editions Descartes & Cia, 2003, pp. 265-274.
- Bajanca, Mónica, 2014, *O lugar conventual como memória arquitectónica*, projeto para obtenção do grau de Mestre em arquitectura de interiores, Faculdade de Arquitectura da Universidade de Lisboa.
- Balão, Ana, 2014, *Cooperação Intermunicipal: um campo para análise sociológica*, em *Revista da associação Portuguesa de Sociologia - Sociologia On Line*, nº 8, dezembro 2014.
- Bastos, Cristiana, 2011, *Clínica, Arte e Sociedade. A Sífilis no Hospital do Desterro e na Saúde Pública*.
- Bissio, Beatriz, 2008, *O uso do espaço como categoria nas ciências sociais. Percepção e representação do espaço na sociedade árabe-islâmica a partir de fontes medievais: um estudo de caso*.
- Campos, Luís e Canavezes, Sara, 2007, *Introdução à Globalização*, Instituto Bento de Jesus Caraça.
- Campos, Vítor; Ferrão, João, 2015, *O Ordenamento do Território em Portugal: uma perspectiva genealógica*, Working Papers, ICS da Universidade Lisboa.
- Claval, Paul, 1979, *Espaço e Poder*, Zahar Editores, Rio de Janeiro;
- Cordeiro, Graça Índias, 1997, *Um lugar na cidade – quotidiano, memória e representação no Bairro da Bica*, Coleção Portugal de Perto – Biblioteca de Etnografia e Antropologia, Publicações Dom Quixote, Lisboa.
- Cordeiro, Graça Índias (?), *Uma certa ideia de cidade popular, bairrista, pitoresca*;
- Costa, Pedro, 2016, *Turismo e Governança Urbana em Lisboa- Estratégias, políticas e Perspectivas*, Tese para obtenção do grau de doutor no ramo de Turismo especialidade de Planeamento dos Espaços Turísticos, IGOT-UL.
- Ferreirinha, Isabella, e Raitz Tânia (2010), *As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas*, *Revista de Administração Pública (RAP)-Rios de Janeiro*, 44(2): 367-383, Mar/Abr.
- Fidalgo, Andreia, 2012, *As parcerias para a Regeneração Urbana- Uma análise comparativa*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Engenharia do Ambiente, perfil de Ordenamento do Território e Avaliação de Impactes Ambientais. FTC-UNL;
- Freire, Vítor Albuquerque, 2010, *Pavilhão de Segurança do Hospital Miguel Bombarda. O mais importante edifício de finais do século XIX, princípios do século XX, em Portugal*, em *Revista Pedra & Cal*, n.º 46, Abril a Junho, p.7-10.

- Frúgoli Jr, Heitor, Andrade, Luciana e Peixoto, Fernanda (Org.), 2006, *As cidades e seus agentes: práticas e representações*, EDUSP-Editora da Universidade de São Paulo.
- Gevehr, Daniel Luciano e Berti, Franciele, 2017, *Gentrificação: uma discussão conceitual*, em Revista Políticas Públicas e Cidades, vol 5 (1), julho 2017.
- Gomes, Carla, 2011, *O preço da memória: a sustentabilidade do patrimonio cultural edificado*, Instituto de Ciências Jurídico-Políticas/ Centro de Investigação de direito Público.
- Gomes, Pedro, 2014, *Marketing Territorial e desenvolvimento: O futuro das cidades. Avaliação dos planos estratégicos territoriais – Coimbra e Chaves*, Dissertação de Mestrado em Geografia Humana – Ordenamento do território e desenvolvimento, Universidade de Coimbra.
- Guerra, Isabel, Pinto, Teresa Costa e Moura Dulce (2001), *Políticas de habitação- À procura de Novas Problemáticas*, em Cidades-Comunidades e territórios, Dez 2001, n.º3, pp. 53-69.
- Guerra, Isabel, 2006, *Participação e Acção Colectiva, Interesses, Conflitos e Consensos*, Ed. Principia, S. João do Estoril.
- Guerreiro, Maria Manuela, 2008, *O papel da Cultura da Marca das Cidades*, VI Congresso Português de Sociologia- Mundo Sociais: Saberes e Práticas, FCSH-UNL.
- Hackworth, Jason e Smith, Neil, 2001, *The Changing State of Gentrification*, em The Gentrification Reader, Edited by Loreta Lees, Tom Slater e Elvin Wyly, 2010.
- Haesbaert, Rogério, 2007, *Território e Multiterritorialidade: Um Debate*, GEOgraphia – Ano IX, n.º 17.
- Igreja, João 2016, *Estratégias na Regeneração Urbana: uma nova metodologia*, Dissertação para obtenção do grau Mestre em Engenharia Civil, FCT-UNL.
- Jayme, Juliana Gonzaga e Trevisan, Eveline, 2012, *Intervenções urbanas, usos e ocupações de espaços na região central de Belo Horizonte*, Civitas, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 359-377, maio-ago. 2012.
- Jorge, Virgulino, 2000, *Património e Identidade Nacional*, Universidade de Évora – Engenharia UM, número 9, pp.5-12;
- Lemos, Tiago Castro, 2012, *A propósito da produção do território. Sociologia urbana e relações de poder na estruturação do território como representação política e científica*, em Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXIII, pp.51-70.
- Leone, José, 1992, *Subsídios para a História dos Hospitais Civis Lisboa e da Medicina em Portugal, 1948- 1990*, Ed. da Comissão Organizadora das Comemorações do V Centenário do Hospital de Todos-os-Santos, Lisboa.
- Lees, Loreta; Slater, Tom; Wyly, Elvin (2010), *The Gentrification Reader*, Edited by Edited by Loreta Lees, Tom Slater e Elvin Wyly.
- Luís, Nádia, 2016, *Refuncionalização da Arquitectura. Abordagens Patrimoniais na Cidade*, dissertação para Mestre em empreendedorismo e Estudos da Cultura- ramo de especialização Gestão Cultural.
- Marinho, Ernandes Reis, 2008, *As Relações de Poder segundo Michel Foucault*, em E-Revista Facitec, v.2, n.º2 – Art.2.
- Martins, Inês, 2016, *Colina de Santana- Debates e Estratégias de valorização do Património e Territórios*, Tese para obtenção de grau Mestre em empreendedorismo e Estudos da Cultura, Ramo de Museologia, ISCTE, Lisboa.
- Mendes, L. (2013) *A regeneração urbana na política de cidades: inflexão entre o fordismo e o pós-fordismo*, em Urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana, v. 5, n.1, pp.33-45, jan/jun 2013.

- Mendes, L. (2014), *Gentrificação e políticas de reabilitação urbana em Portugal: uma análise crítica à luz da tese rent gap de Neil Smith*, em Cad. Metrop, São Paulo, v. 16, n. 32, pp. 487-511, nov 2014 (<http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2014-3209>).
- Mendes, L. (2018), *Gentrificação e turistificação em Lisboa- da financeirização das políticas urbanas à luta urbana*, em Urbe. Revista e-metropolis, 35, ano 9, pp.65-72, dezembro 2018.
- Oliveira, Ana, 2014 – Frente Ribeirinha de Lisboa – regeneração urbana – Nova maneira de pensar e fazer cidade., dissertação de mestrado em gestão de território – área de especialização em planeamento em ordenamento do território, FCSH.
- Pais, José Machado, 1999, *Consciência História e Identidade. Os Jovens Portugueses num Contexto Europeu*, Oeiras, Celta Editora.
- Pereira, A.M., (2013), *Os Investimentos Públicos em Portugal*, edição Fundação Francisco Manuel dos Santos, Edição Relógio d'Água.
- Perestrelo, Margarida, 2005, *Prospectiva: planeamento estratégico num contexto de desenvolvimento regional*, Dissertação para obtenção do grau de Doutor, ISCTE.
- Pereira, Nuno Teotónio, 2005, *Prioridade à Reabilitação, finalmente da ordem do dia*, em Construção e Reabilitação Urbana – Uma Nova Cultura de Cidade, Edição CML – Volume 1, pp.78-79.
- Pilão, Célia, 2010, *Uma Rota do Património da saúde na Colina de Sant'Ana*, em Revista Pedra & Cal, n.º 46, Abril a Junho, p. 4-6.
- Pilão, Célia, Ribeiro, Joana e Correia, Manuel, 2015, *Lisboa, Colina de Santana- Um caso de Cidadania na Salvaguarda do Património*, em Revista CEPIHS (Centro de Estudos e Promoção da Investigação Histórica e Social), 5, pp.189-205.
- Pinto, Teresa Costa, 2004, *Qualidade de Vida – reflexões e Debates em Torno de um Conceito*, Revista Cidades- Comunidades e Territórios, Dez. 2004, n.º9 pp. 99-120.
- Pinto, Teresa Costa, 2018, *O impacto do turismo na cidade de lisboa: a cidade de quem e para quem?* - Apresentação no Debate Temático “O impacto do turismo na cidade de Lisboa” – Fórum Lisboa, 27/11/2018.
- Quivy, Raymond e Campenhoudt, LucVan, 1995, *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, Editor Guilherme Valente, Lisboa.
- Rego, José Maria, 2018, *No centro do poder. Governo e administração pública em Portugal*, Coleção e edição Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rodrigues, Nuno, 2014, *Intervenções, Espacialidades e Relações de Poder. O caso da praça do Martim Moniz*, Dissertação submetida como requisito para obtenção do grau de mestre em Estudos Urbanos, ISCTE-IUL.
- Rodrigues, D. (s/data), *Património cultural, Memória social e Identidade: uma abordagem antropológica*(<file:///H:/TESE/Teoria%20mestrado/2010%20-%20rodrigues-donizete-patrimonio-cultural-memoria-social-identidade-uma%20abordagem-antropologica.pdf>).
- Rodrigues, Walter, 2010, *Cidade em Transição. Nobilitação Urbana. Estilos de Vida e Reurbanização em Lisboa*, Oeiras. Celta Editora.
- Rosa, Ricardo, 2017, *O Marketing Territorial como Instrumento de Valorização de Destinos Turísticos: Aplicação ao Concelho da Praia da Vitória*, Dissertação de Mestrado em Ciências Económicas e Empresariais, Universidade dos Açores.
- Salgueiro, Teresa Barata, 2013, *Do centro às centralidades múltiplas*, em Fernandes, José Alberto, Sposito, Maria Encarnação (org.), 2013, *Do velho centro nas cidades portuguesas e brasileiras*, Edição Faculdade de Letras da Universidade do Porto / Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território.
- Salta, Ana Maria, 2001, *Factores Estruturantes da Colina de Santana em Lisboa, Século XIV a XVII*, dissertação para obtenção do grau de mestre em Desenho Urbano, ISCTE;

- Salta, Ana Maria, 2013, *Rua da Inveja- Romance da Colina de Sant' Ana. Crónica do bairro do Curral e de S. Lázaro, na Lisboa do século XVI, das suas Gentes e das Mudanças que neles fez o tempo e a Fortuna*, Edições Colibri.
- Seara, Maria Rosário, 2018, *A biblioteca pessoal de Alberto Mac-Bride. História, Medicina e Organização da Informação*, Tese de mestrado em Ciências da Documentação e Informação, Universidade de Lisboa – Faculdade de Letras.
- Silva, Francisco Ribeiro da, 1998, *História Local: objetivos, métodos e fontes* (p. 383 – 395)- texto adaptado de um texto apresentado no Seminário, organizado pela Casa de Cultura da Horta.
- Santos, Maria de Fátima, 1994, *Representação social e a relação individuo- sociedade*, em Temas em Psicologia, n.º 3.
- Teixeira, Tiago, Andrade, Áurea, 2010, *O conceito de território como categoria de análise*, Anais XVI Encontro Nacional de Geógrafos, em Porto alegre no Brasil.
- Valle, Sandra 2008, *Cultura e Regeneração Urbana – Usos e Actividade artísticas em zona urbanas degradadas*, dissertação para obtenção de Grau de mestre em Arquitectura, IST-UTL.
- Weber, Max (1922, 2005), *Três Tipos de Poder e outros Escritos*, Tribuna da História- Edição de Livros e Revistas, Lda., Lisboa.
- Zachariasen, Catherine Bidou (Coord), 2006, *De Volta à Cidade-Dos processos de Gentrificação às políticas de 'revitalização' dos centros urbanos*, Annablume Editora. Comunicação, São Paulo Brasil; (https://books.google.pt/books?id=3H5bhgirfvcC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22CATHERINE+BIDOU-ZACHARIASEN%22&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjtoLyHtoveAhVv_SoKHR73DUQQ6AEIKzAA#v=onepage&q&f=false).

Fontes

- Apresentação “*O Património Hospitalar da Colina de Santana*” – Dra. Célia Pilão - Gabinete de Estudos Olisiponenses (GEO) da Câmara Municipal de Lisboa.
- Carta Estratégica de Lisboa 2010-2024 (<http://www.cm-lisboa.pt/municipio/camara-municipal/carta-estrategica>).
- Comunicado conjunto ICOM e ICOMOS (julho 2013).
- Deliberação n.º 65/AML/2014, Boletim Municipal n.1050, de 3/4/2014, pág. 580 (106-108), 2º Suplemento ao BM n.º 1050- Ano XXI.
- Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana (2013), Câmara Municipal de Lisboa/ DMPRGU/ Departamento de Planeamento e Reabilitação Urbana – Dezembro.
- Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana (Março 2014) – Câmara Municipal de Lisboa/ Departamento de Planeamento e Reabilitação Urbana (http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Urbanismo/reabilitacao/santana/CML_DPRU_Documento_estrat%C3%A9gico_interven%C3%A7%C3%A3o__vers%C3%A3o_mar.14.pdf).
- Exposição *Campo Mártires da Pátria. História e Quotidiano*, no Campo Mártires da Pátria, Freguesia de Arroios; Setembro e Outubro/2017.
- Exposição *O Edifício da Escola Médico-Cirúrgica, no âmbito dos 111 anos do Edifício Sede – 1906-2017* (2017/Setembro) - Edifício da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Lisboa, Campo Mártires da Pátria, Freguesia de Arroios.
- Pinto, Teresa Costa, 2012, documentação / slides aulas Sociologia Urbana – ISCTE.

- Plano Director Municipal de Lisboa (<http://www.cm-lisboa.pt/viver/urbanismo/planeamento-urbano/plano-diretor-municipal>).
- Plano de Ação de Regeneração Urbana do Município de Lisboa (<http://www.cm-lisboa.pt/viver/urbanismo/planeamento-urbano/outros-estudos-e-planos/plano-estrategico-de-desenvolvimento-urbano/paru-documentacao>).
- Programa do Governo da Cidade de Lisboa 2013-2017.
- Plano de Pormenor do Parque Hospital Oriental (2011).
- Projeto Urbano da Colina de Santana (2013) - Atelier Architecta Inês Lobo (<http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Urbanismo/urbanismo/Licenciamento/estudocolinasantana.pdf>;
- Relatório do Questionário de Diagnóstico às Bibliotecas de Saúde (2016), elaborado pela Secretária-Geral do Ministério da Saúde (<http://www.aenfermagemasleis.pt/2016/11/04/relatorio-questionario-de-diagnostico-as-bibliotecas-da-saude-dgs/>).
- Relatório e Contas do Centro Hospital Lisboa Central dos anos 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016 (<http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/RC2016.pdf>).
- Relatório Final Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011) - Ministério da Saúde – Novembro (<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-final-do-Grupo-T%C3%A9cnico-para-a-Reforma-Hospitalar.pdf>).
- Relatório Final dos Debates Temáticos: Colina de Santana (S. José, Miguel Bombarda, Capuchos, desterro, Santa Marta e Santa Joana), Assembleia Municipal de Lisboa (2014), Volumes I e II.
- Relatório do Debate Temático da Colina de Santana do Sítio Debater Lisboa da Assembleia Municipal de Lisboa (2014).
- Relatório Final Programa de Ação Territorial da Colina de Santana (2016), Volume 1: Contributo da Estamo para a Proposta de PAT (22-07-2016), cedido pela Estamo.
- Programa Visita Guiada de Paula Moura Pinheiro à Aula da Esfera do dia 10 Novembro de 2014 na RTP2 (<https://www.rtp.pt/play/p1623/e172050/visita-guiada>).
- Programa História a História – A Gripe Pneumónica de 1918-1919, Episódio de 15 de Fevereiro de 2015, na RTP2.
- Vídeo da visita guiada ao hospital de São José, pela Dra. Célia Pilão, organizada pelo Gabinete de estudos Olisiponenses da CML dia 24 de Março de 2017 (<https://www.youtube.com/watch?v=Jz3UYOZjhS0>).
- Visitas guiadas aos hospitais de Santo António dos Capuchos (28/01/2017), São José (04/02/2017), Santa Marta (16/02/2017), pela Dra. Célia Pilão.
- Várias visitas ao Hospital Miguel Bombarda.
- Assistir ao Festival Todos.
- Visita ao Museu da Saúde (Núcleo de exposições no Hospital de St. António dos Capuchos) (26/04/2017).
- Filme Silêncio (2016), de Martin Scorsese.

Webgrafia:

- <https://www.facebook.com/semanaempreendedorismodelisboa/posts/333830080078773> (notícia assinatura protocolo entre CML/ Estamo e Mainside);
- <http://www.chlc.min-saude.pt/>
- <https://pt.wikipedia.org/wiki/Hinterl%C3%A2ndia>;
- <http://historiassaber.blogspot.pt/>;

- <http://www.patrimoniocultural.gov.pt/pt/patrimonio/parcerias/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=Jz3UYOZjhS0>
- <http://pt.lapropective.fr/metodos-da-prospectiva/software/151-micmac.html>
- <http://aparteoutsider.org/>
- <http://www.am-lisboa.pt>
- <https://saudeonline.pt/2018/01/29/plataforma-lisboa-em-defesa-do-sns-protesta-contr-a-encerramento-de-hospitais/>
- <https://www.esquerda.net/opinioao/porque-e-necessario-encerrar-6-hospitais-em-lisboa-imediatamente/53052;>
- [https://www.dn.pt/portugal/interior/pcp-defende-hospitais-centrais-de-lisboa-depois-de-anunciado-concurso-para-nova-unidade-8908957.html;](https://www.dn.pt/portugal/interior/pcp-defende-hospitais-centrais-de-lisboa-depois-de-anunciado-concurso-para-nova-unidade-8908957.html)
- [http://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/ministro-poe-hospitais-de-sao-jose-e-estefania-a-salvo-da-especulacao-imobiliaria?ref=DET_relacionadas;](http://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/ministro-poe-hospitais-de-sao-jose-e-estefania-a-salvo-da-especulacao-imobiliaria?ref=DET_relacionadas)
- [http://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/governo-aprova-verbas-para-lancar-concurso-do-novo-hospital-de-lisboa;](http://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/governo-aprova-verbas-para-lancar-concurso-do-novo-hospital-de-lisboa)
- [https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/27/hospital-de-lisboa-oriental-3/;](https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/27/hospital-de-lisboa-oriental-3/)
- [https://www.publico.pt/2019/02/02/sociedade/noticia/construcao-futuro-hospital-lisboa-oriental-oito-interessados-1860456;](https://www.publico.pt/2019/02/02/sociedade/noticia/construcao-futuro-hospital-lisboa-oriental-oito-interessados-1860456)
- [https://www.dn.pt/portugal/interior/hospital-de-lisboa-oriental-devera-estar-pronto-em-2022-lancamento-de-concurso-aprovado---ministro-8906083.html;](https://www.dn.pt/portugal/interior/hospital-de-lisboa-oriental-devera-estar-pronto-em-2022-lancamento-de-concurso-aprovado---ministro-8906083.html)
- [http://www.aatt.org/site/index.php?op=Nucleo&id=226;](http://www.aatt.org/site/index.php?op=Nucleo&id=226)
- Projeto Urbano da Colina de Santana (<http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Urbanismo/urbanismo/Licenciamento/estudocolinasantana.pdf>;
- <https://www.abrilabril.pt/local/movimento-de-utentes-recusa-encerramento-de-6-hospitais-em-lisboa>;
- [http://www.aatt.org/site/index.php?op=Nucleo&id=226;](http://www.aatt.org/site/index.php?op=Nucleo&id=226)
- [http://icom-portugal.org/2013/07/09/comunicado-projetos-de-loteamento-do-hospital-miguel-bombarda-hospital-de-s-jose-hospital-dos-capuchos-e-hospital-de-santa-marta-colina-de-santana/;](http://icom-portugal.org/2013/07/09/comunicado-projetos-de-loteamento-do-hospital-miguel-bombarda-hospital-de-s-jose-hospital-dos-capuchos-e-hospital-de-santa-marta-colina-de-santana/)
- <http://www.chlc.min-saude.pt/patrimonio-cultural/gabinete-do-patrimonio-cultural/>
- [http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/342?news_id=1142;](http://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/342?news_id=1142)
- <https://www.youtube.com/watch?v=1xwCS5gpjTY>
- <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/03/14/14-novos-centros-de-saude-em-lisboa/>
- [http://www.unl.pt/guia/2012/fcm;](http://www.unl.pt/guia/2012/fcm)
- [https://www.publico.pt/2015/08/27/local/noticia/fesrival-todos-reaslizase-este-ano-na-colina-de-santana-1706210;](https://www.publico.pt/2015/08/27/local/noticia/fesrival-todos-reaslizase-este-ano-na-colina-de-santana-1706210)
- [http://www.cm-lisboa.pt/viver/urbanismo/reabilitacao-urbana/programa-de-acao-territorial-para-a-colina-de-santana;](http://www.cm-lisboa.pt/viver/urbanismo/reabilitacao-urbana/programa-de-acao-territorial-para-a-colina-de-santana)
- <http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/festival-todos-caminhada-de-culturas-2016>
- [http://www.chlc.min-saude.pt/biblioteca/;](http://www.chlc.min-saude.pt/biblioteca/)
- [http://repositorio.chlc.min-saude.pt/;](http://repositorio.chlc.min-saude.pt/)
- [http://www.chlc.min-saude.pt/patrimonio-cultural/parceiros-e-projetos/tese-de-mestrado-sobre-a-biblioteca-pessoal-de-alberto-mac-bride-historia-medicina-e-organizacao-da-informacao/;](http://www.chlc.min-saude.pt/patrimonio-cultural/parceiros-e-projetos/tese-de-mestrado-sobre-a-biblioteca-pessoal-de-alberto-mac-bride-historia-medicina-e-organizacao-da-informacao/)
- [https://gabmusanablog.wordpress.com/2016/05/;](https://gabmusanablog.wordpress.com/2016/05/)
- [https://sites.google.com/site/cerasdesterro/catalogo;](https://sites.google.com/site/cerasdesterro/catalogo)
- <http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Urbanismo/urbanismo/Licenciamento/estudocolinasantana.pdf>;
- <https://ionline.sapo.pt/302671>
- [http://lisboa.portugal2020.pt/np4/20.html;](http://lisboa.portugal2020.pt/np4/20.html)
- [http://www.ccdr-lvt.pt/pt/planos-directores-municipais/455.htm;](http://www.ccdr-lvt.pt/pt/planos-directores-municipais/455.htm)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Organograma da Direção-Geral dos Hospitais Cíveis de Lisboa (Ano 1936).....	47
Figura 2: Limites da cidade de Lisboa, com identificação da ARU e da delimitação da Colina de Santana.	51
Figura 3: Identificação da delimitação da Colina de Santana, dos Hospitais: Miguel Bombarda, Santa Marta, Capuchos, São José, Desterro e São Lázaro e das Juntas de Freguesia de Arroios, Santa Maria Maior e Santo António;.....	52
Figura 4: Limites dos bairros e delimitação das 4 zonas: Norte, Sul, Poente e Nascente.....	53
Figura 5: Instituições existentes na CS	56
Figura 6: Ocupação residencial	56
Figura 7: Áreas de intervenção Concertada e Unidades e Intervenção do PATCS	60
Figura 8: Plateau Central da Colina de Santana.....	62
Figura 9: Plano de Motricidade / Dependência Indirecta do Sistema Atual da Colina de Santana (MICMAC – dados estandardizados).....	66
Figura 10: Colina de Santana - Sistema Atual - Classificação MICMAC (dados estandardizados).....	67
Figura 11: Plano de Motricidade /Dependência indirecta do Sistema Potencial da Colina de Santana (MICMAC – dados estandardizados)	68
Figura 12: Colina de Santana - Sistema Potencial - Classificação MICMAC (dados estandardizados).....	69
Figura 13: Plano de Influência / Dependência Direta e Indireta dos Atores.....	80
Figura 14: Relação de forças diretas e indiretas dos atores do processo de regeneração da Colina de Santana.....	87

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Caraterísticas das zonas Norte, Sul, Poente, Nascente da Colina de Santana, no PATCS	54
Quadro 2: Evolução da População residente e população prevista para a Colina de Santana ...	55
Quadro 3: População prevista para a Colina de Santana	55
Quadro 4: Listagem de Atores identificados no processo da regeneração da Colina de Santana	71
Quadro 5: Desafios e Objetivos Estratégicos do processo de regeneração urbana da Colina de Santana	76
Quadro 6: Matriz Actores X Objectivos, ponderada pela relação de forças dos actores (3 MAO reordenada).....	89

ANEXOS

Anexo 1- Evolução da regeneração urbana por década e tipo de política

Evolução da regeneração urbana por década e tipo de política. Adaptado de Mendes (2013, p. 39).

Período	Anos 50	Anos 60	Anos 70	Anos 80	Anos 90
Tipo de políticas	Reconstrução	Revitalização	Renovação	Redesenvolvimento	Regeneração
Estratégia principal e orientação	Reconstrução e extensão de antigas áreas e cidades, frequentemente baseadas num plano diretor. Crescimento dos Subúrbios.	Continuação das linhas orientadoras dos anos 50. Crescimento suburbano e periférico. Primeiras tentativas de reabilitação.	Enfoque nas ações de renovação <i>in situ</i> e planos de bairro. Continuação do desenvolvimento periférico.	Grandes projetos de desenvolvimento e redesenvolvimento. Projetos <i>flagship development</i> . Projetos fora da cidade.	Abordagens mais abrangentes e integradas das políticas e das práticas de intervenção.
Atores-chave e intervenientes	Governos central e local. Promotores e empreiteiros privados.	Atuação no âmbito de um maior equilíbrio entre o sector público e privado.	Papel crescente do sector privado e descentralização no governo local.	Ênfase no sector privado e agências especializadas. Crescimento das parcerias público-privadas.	As parcerias como abordagem dominante.
Escala espacial de atuação	Ênfase a nível local e a nível do lugar/sítio/local.	Aparecimento da escala regional de atividade.	Inicialmente a nível regional e local; mais tarde, dando enfoque maior a nível local.	No início dos anos 80, enfoque à escala do lugar/sítio; mais tarde, a nível local.	Reintrodução da perspectiva estratégica. Crescimento da atividade regional.
Foco económico	Investimento do sector público com algum envolvimento do sector privado.	Continuação do que sucedia nos anos 50, mas com uma crescente participação do investimento privado.	Risco de recursos no sector público compensado com o crescimento do investimento privado.	Sector privado domina com fundos públicos seletivos.	Maior equilíbrio entre o financiamento público, privado e voluntário.
Conteúdo social	Melhoria a nível da habitação, das condições de habitabilidade, bem como da qualidade de vida em geral.	Melhorias sociais e de bem-estar.	Ação das comunidades locais e maior <i>empowerment</i> .	Autoajuda da comunidade, com apoios altamente seletivos por parte do Estado.	Ênfase no papel da comunidade numa perspectiva neoliberal.
Ênfase física	Restituição de centros históricos e alargamento das periferias.	Continuação do que aconteceu nos anos 50 com uma reabilitação paralela de áreas degradadas existentes.	Maior extensão da renovação de antigas áreas urbanas.	Grandes projetos de reestruturação e de redesenvolvimento. Projetos <i>flagship development</i> .	Mais modesto do que nos anos 80; património e conservação.
Abordagem ambiental	Gestão paisagística e algum cuidado ecológico.	Melhorias seletivas.	Melhorias ambientais com algumas inovações.	Crescimento das preocupações ambientais.	Introdução de uma ideia mais generalizada de sustentabilidade ambiental.

Fonte: Adaptado de ROBERTS; SYKES, 2000.

Evolução da Regeneração Urbana (Igreja, 2016, p.99)

Anexo 2 – O novo hospital de Lisboa – Hospital Lisboa Oriental (HLO): justificação da construção, localização

O Ministério da Saúde, há mais de uma década, tomou a decisão de encerrar os hospitais do Centro Hospitalar Lisboa Central, justificando esta medida com a deslocação da população para os arredores da cidade. Houve, assim, a necessidade de repensar a oferta hospitalar em Lisboa, bem como as necessidades nos arredores. Por este motivo, foram inaugurados, nas últimas décadas, os hospitais: Garcia da Orta (Almada), Amadora Sintra e, mais recentemente, os de Cascais, Vila Franca de Xira e Loures⁸⁴. Houve nesta altura também a decisão de alguns destes hospitais serem construídos em Parcerias Público-Privadas (PPP)⁸⁵.

Definição dos Polos de Oferta de Cuidados de Saúde e população da cidade de Lisboa



A proposta apresentada teve por base alguns critérios, um dos quais o estudo de acessibilidades (2006) aos Polos identificados como necessários (ainda com as freguesias antigas).

Consideravam que Lisboa deveria ter três grandes pólos de atração da procura de cuidados de saúde: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e um novo hospital na zona oriental da cidade, que substitui os hospitais do CHLC.

Fonte: Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011, p.364

⁸⁴ Conforme referido no Relatório final apresentado em 2011, pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH) -Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar foi criado pelo Despacho n. 10601/2011, do Ministro da Saúde- publicado em DR n.º 162, 2ª série, 24 de Agosto de 2011.

⁸⁵ Parcerias Público-Privadas (PPP) “referem-se a uma aforma de cooperação entre sector público e sector privado para provisão de uma infraestrutura. No geral uma empresa privada está encarregada da conceção, construção e financiamento da infraestrutura, bem como da sua operação e manutenção durante um período da concessão, mediante certas contrapartidas. Findo o período, a infra-estrutura reverte para o Estado, o qual assume então todas as responsabilidades e riscos associados à sua operação e manutenção.” (Pereira, A.M., 2013, p. 57)

O Novo Hospital é um dado adquirido e defendido por todos os Governos desde há mais de uma década, também “por ser um hospital altamente diferenciado irá ser, igualmente, uma referência para outras regiões de saúde do país.” (ReC, 2007, p.4). Ao analisar os Relatórios e Contas (ReC) do CHLC entre 2007 e 2016⁸⁶, verifica-se a evolução das decisões relativas ao Novo Hospital e o tempo que decorre sobre estas decisões políticas estruturantes para a cidade, com implicações que daí resultam para a população. Sobre o novo hospital, inicialmente designado por Hospital de Todos-os-Santos veja-se: no ano de 2007, estava previsto o lançamento do concurso público para a sua construção no 1º trimestre 2008; em 2009 é alterado o nome do hospital para Hospital Oriental Lisboa; em 2011 a previsão da deslocação era para ano 2015/16, e já com outro nome - o atual - Hospital Lisboa Oriental (HLO); em 2012 a previsão passa para o ano de 2016; em 2013 passa para 2017/18; e numa última menção, a transferência para o novo hospital nos Relatórios de Atividades de CLHC dar-se-ia em 2014 e a perspetiva de abertura seria para 2019.

Na informação obtida, em novembro de 2017, o Conselho de Ministros autorizou a realização da despesa inerente à celebração do contrato de gestão a uma entidade privada, por um período de 30 anos para a conceção, projeto, construção, financiamento, conservação e manutenção do novo Hospital Lisboa Oriental⁸⁷, em regime de parcerias público-privadas que, conforme palavras do atual Ministro da Saúde “(...) as propostas deverão ocorrer até ao primeiro semestre de 2018 e a construção ocorrerá entre o final de 2019 e o início de 2022”, portanto com abertura prevista para 2024.

O município de Lisboa elaborou o Plano de Pormenor do Parque Hospital Oriental (PPPHO) cujos Termos de Referência foram aprovados em 2011⁸⁸. Em virtude da construção do Novo Hospital houve necessidade de repensar a zona envolvente de

⁸⁶ Relatórios e Contas do CHLC entre 2007 e 2016 até Agosto 2018 eram os únicos disponíveis no site do CHLC;

⁸⁷ Despacho n.º 10268/2017 – Diário da República n.º 228/2017, Série II de 2017-11-27;

⁸⁸ “Declarar caducidade dos seguintes Planos (...) Plano de Pormenor do Parque Hospitalar Oriental (...)” - Proposta 527/CML/2018 aprovada na reunião Câmara de 26/09/2018;

uma forma integrada⁸⁹ e reforçar a prioridade neste novo equipamento devido aos “(...) recursos que actualmente estão dispersos pelos hospitais que compõem o Centro Hospitalar de Lisboa Central e que possuem graves limitações funcionais, incluindo ainda uma forte vertente universitária, essencial para o ensino clínico e investigação clínica da faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.”⁹⁰ Entretanto foi declarada a sua caducidade em 2018.

Esta necessidade também está expressa no Acordo celebrado entre o Partido Socialista e o Bloco de Esquerda para governar a Câmara Municipal de Lisboa entre 2017 e 2021, do qual sobressaem as alíneas *D)* para a área da saúde e *F)* para as áreas do planeamento do território e urbanismo refere: “*D–Saúde - 1-Construir e requalificar 14 centros de saúde até ao final de 2021; 2-Projetar e construir 8 centros intergeracionais, cruzando assistência sénior com equipamentos de infância. Iniciar em 2018; 3-Aumentar o número de camas disponíveis para cuidados continuados em articulação com a Administração Central; 4- Realizar campanhas de informação na área da saúde, articuladas com Serviço Nacional de Saúde*” (...) *F–Planeamento do território e Urbanismo – 1-Revisão do Plano Diretor Municipal (PDM), visando uma maior disciplina urbanística e do uso do solo e uma maior proteção do património cultural e ambiental: (...) 4-Defesa da construção urgente do Hospital de Todos os Santos e da salvaguarda do património público da Colina de Santana, garantindo habitação para arrendamento a custos acessíveis, espaços de cultura, museológicos e equipamentos de saúde, nomeadamente unidades de cuidados hospitalares, continuados e paliativos.*”

⁸⁹ É considerado no Plano PPPHO que se pretende “reverter a imagem do espaço urbano existente e procurar reforçar a legibilidade da área, imprimindo-lhe identidade, estrutura e significado, ficando assim, Chelas com a possibilidade de que este equipamento lhe altere a imagem negativa e um certo estigma que a zona detém. O facto de ir sendo construída sem ter em conta os princípios orientadores do plano (de Chelas de 1964 e suas actualizações), foi determinante para a sua atual imagem, onde um somatório de intervenções isoladas, introduziram debilidades na coerência do desenho urbano, com vazios urbanos, ausência de diversidade social e uma rede viária dilacerantes conforme é referido no PPPHO (2011, pág.12).

⁹⁰ Na proposta n.º 581/P/2011 – aprovação elaborar o Plano Pormenor Parque Hospitalar Oriental (CML).

Portanto os principais atores decisores políticos estão não só alinhados com as decisões, como com as diversas alterações que ao longo dos anos têm vindo a apresentar.

Anexo 3 - O Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHLC)

Em março de 2007 foi criado o Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE (CHLC), que com “uma lógica de alargamento de hospitais com estatuto de entidade pública empresarial, visou recuperar e rentabilizar as sinergias existentes nos hospitais de S. José, Santo António dos Capuchos, Desterro, Santa Marta e Dona Estefânia, todos eles pertencentes, no passado, ao grupo dos Hospitais Cívicos de Lisboa.”⁹¹. Em fevereiro de 2012 foram integrados mais dois hospitais, o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Alfredo da Costa ⁹².

Em 2007 foi criada uma estrutura interna “Atendendo à dimensão e complexidade do projeto de mudança, pretende o CHLC, desenvolver como experiência de gestão com algum carácter inovador, um modelo de contratualização interna, criando para o efeito uma estrutura intermédia de gestão, ágil e operacional, que assuma e execute com eficácia o contrato-programa negociado com o Conselho de Administração” (ReC, 2007, p.7) e em 2008 vem referido “Pode afirmar-se que o projeto de mudança em desenvolvimento vem decorrendo com sucesso, embora com múltiplos constrangimentos externos decorrentes da conjuntura económica e financeira e da implementação da reforma e modernização da Administração Pública. (...) o Conselho de Administração continua a contar com o esforço empenhado e a qualificação reconhecida das profissionais de saúde do CHLS, EPE, para executar tão complexo quanto grandioso projeto de mudança e modernização que urge prosseguir com vista ao futuro Hospital de Todos os Santos.” (ReC, 2008, p.5).

Este novo hospital implica a desativação dos Hospitais do CHLC, nomeadamente Hospital de São José, Santa Marta, Santo António dos Capuchos, Miguel Bombarda, Desterro (estes dois já desativados), Dona Estefânia, Curry Cabral e Maternidade Alfredo da Costa (nestes últimos, a decisão foi posterior). O presente trabalho contempla os seguintes hospitais integrados na Colina de Santana: de São José,

⁹¹ ReC do CHLC, 2009, p. 4;

⁹² Decreto-Lei 44/2012, de 23/02/2012;

de Santa Marta, de Santo António dos Capuchos, de Miguel Bombarda, do Desterro e por último de Dona Estefânia.

Os hospitais da Colina de Santana, integrados no CHLC, são hospitais de referência nas seguintes especialidades⁹³:

Descrição das especialidades e lotação média dos hospitais em funcionamento na Colina de Santana integrados no CHLC

Unidades	Descrição	Lotação Média	Peso Relativo
Hospital de São José	<i>Especializado em politraumatizados, dispõe de várias especialidades</i>	401	37%
H. de Santo António dos Capuchos	<i>Valências específicas Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Dermatologia, etc</i>	295	27%
Hospital de Santa Marta	<i>Vocacionado para a área cardiovascular</i>	202	19%
Hospital Dona Estefânia	<i>Apoio perinatal diferenciado à mulher e criança</i>	186	17%
Total		1.083	

Fonte: Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana, 2013, p. 151

A atividade assistencial desenvolvida pelo CHLC entre 2009 e 2011 tem vindo a perder lotação média (2009= 1.158 para 2011= 1.083) e os doentes tratados também tem diminuído (2009= 38.075 para 2011= 35.634), só aumentaram as consultas externas (2009= 571.981 para 2011= 573.396) (DEICS, 2013, p. 153).

A apresentação do CHLC tem pertinência para este trabalho por ser a entidade responsável pelos hospitais centrais de Lisboa, gerindo financeira e administrativamente toda a sua atividade hospitalar. O CHLS paga à Estamo (proprietária dos hospitais) uma renda mensal por cada hospital. Ao serem desativados, estes hospitais vão promover uma grande mudança no território da Colina de Santana. Após a leitura dos Relatórios de Atividades e das comunicações públicas percebe-se que, apesar de vir a desaparecer a entidade CHCL para dar origem a um só hospital, fora do centro da cidade, a administração do CHCL está alinhada com a intenção dos vários Governos.

Com o intuito de promover a importância da parceria com a Universidade Nova de Lisboa na área do conhecimento científico, em 2018, houve uma alteração à

⁹³ DEICS, 2013, p. 151;

designação deste Centro Hospital para CHULC- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central.

Por último uma breve nota dos processos dos hospitais apresentados pela Estamo⁹⁴ à CML. Com a informação disponível no *site* do Município de Lisboa e no PUCS estes processos referem-se a Pedidos de informação Prévia (PIP⁹⁵) e propunham como novos usos para os edifícios hospitalares habitação, comércio, serviço e hotelaria, silo automóvel⁹⁶. Atualmente estes processos já não estão válidos⁹⁷

⁹⁴ A Estamo é uma empresa do Estado cuja função é gerir da melhor forma o edificado que pertence ao Estado. Esta empresa comprou na década passada os seguintes hospitais ao ministério da Saúde: Hospital de São José, Santa Marta, Santo António dos Capuchos, Miguel Bombarda e Desterro).

⁹⁵ A informação prévia é um procedimento autónomo e facultativo, que pode anteceder um licenciamento ou comunicação prévia de obras de construção, reconstrução, ampliação, alteração, conservação e demolição de imóveis. Permite a obtenção de informação sobre: Viabilidade de realização de determinada operação urbanística; Respetivos condicionamentos legais ou regulamentares, nomeadamente relativos a infraestruturas, servidões administrativas, restrições de utilidade pública, índices urbanísticos, cêrceas (altura das fachadas relativamente à largura dos arruamentos), afastamentos e demais condicionantes aplicáveis à realização da obra. (<http://www.cm-lisboa.pt/servicos/pedidos/urbanismo-e-obras/obras-de-edificacao-e-demolicao/informacao-previa/o-que>).

⁹⁶ Mais informação sobre os processos ver ANEXO X0.

⁹⁷ A informação de que os PIP's já não estão válidos foi dada pelo Atelier BSoares- PATCS- Contributos;

Anexo 4 – Resumo do processo dos projetos para os Hospitais da Colina de Santana, propriedade da Estamo, administrados pelo CHULC

A empresa Estamo, enquanto organismo estatal cuja função é gerir da melhor forma as propriedades e os equipamentos pertencentes ao Estado, adquiriu ao Ministério da Saúde os hospitais, na década passada tinham o seu encerramento determinado devido à reorganização da rede hospitalar em Lisboa, tendo sido elaborados projetos para os seguintes hospitais de São José, de Santa Marta, de Santo António dos Capuchos, de Miguel Bombarda e do Desterro (estando estes dois últimos atualmente já desativados).

Em 2011 a Estamo teve reuniões com a Câmara Municipal de Lisboa e a Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) da ARU de Lisboa com o sentido de se informar sobre a possibilidade da reconversão funcional dos hospitais, da sua propriedade que iriam encerrar. Nesta altura a análise incidiu sobre os hospitais de São José (análise e diagnóstico prospetivo), de Santo António dos Capuchos (estudo de reconversão funcional) e de Miguel Bombarda (estudo prévio de loteamento). Nesse mesmo ano o parecer destes estudos, que foram elaborados por arquitetos portugueses identificados no Quadro X1, tiveram, em outubro, parecer do Diretor Geral do IGESPAR (atual DGPC) *“Relevo o conteúdo da informação (...) e a necessidade de realização de um PPS conforme referido, atentos os valores patrimoniais em causa, e a necessidade de uma correta interação com a delicada malha urbana envolvente. Assim, na presente fase, concordo e aprovo, nos termos propostos”*⁹⁸.

Posteriormente, em Maio de 2013, foi apresentado à DGPC o Estudo Urbano da Colina de Santana, elaborado pela Arq. Inês Lobo, na presença da Estamo, arquitetos responsáveis pelos projetos e pelo município e foram entregues no município os projetos⁹⁹ (Pedidos de Informação Prévia - PIP)¹⁰⁰ para análise. Entretanto o Plano

⁹⁸ Informação n.º14/GSD-JC/2013, da DGPC datada de 26/07/2013;

⁹⁹ Nesta altura foram entregues os projetos para os hospitais Santa Marta, São José, Santo António dos Capuchos e Miguel Bombarda. Não está referido na informação, n. 14, 26/07/2013 da DGPC o hospital do Desterro, mas também deu entrada no município para apreciação, informação em entrevista na CML/DMU/DPE.

Diretor Municipal (PDM), que foi revisto pela primeira vez desde a sua aprovação em 1994, foi alterado e aprovado em 2012, no qual já contemplava a mudança de usos destes locais, podendo, por este motivo, serem apresentados projetos com outros usos como habitação, comércio, etc.

Com a informação disponível no *site* do Município de Lisboa e no PUCS foi elaborado um quadro resumo (Quadro X1) com algumas características dos projetos. Atualmente estes processos já não estão válidos¹⁰¹.

Quadro resumo dos projetos iniciais (PIP) dos Hospitais do CHLC

Local	Atelier arquitetura	Uso proposto	Área solo	Habitação	% área do solo p/usufrutos público
Hospital de São José (Colégio Jesuíta Santo Antão-o-Novo)	Teresa Nunes da Ponte Arquitetos	Habitação e comércio	50.381m ²	31.355m ² (41%)	72%
Hospital Miguel Bombarda (Convento de São Francisco de Paula / Quinta de Rilhafoles)	Belém Lima Arquitetos	Habitação, comércio, serviços, hotel	44.633m ²	31.578m ² (49%)	75%
Hospital Santo António dos Capuchos (Convento Santo António Capuchos)	Inês Lobo Arquitetos	Habitação, comércio, silo automóvel	31.956m ²	25.972m ² (45%)	77%
Hospital do Desterro (Convento de Nossa Senhora do Desterro)	Bak Gordin Arquitetos	Habitação, hotel	12.617m ²	4.512m ² (22%)	65%
Hospital Santa Marta (Convento de Santa Marta)	Atelier Bugio – Arqt. João Favila Menezes	Hotel e habitação	18.233m ²	10.708m ² (34%)	67%

Fonte: Elaboração própria com informação do Projeto Urbano da Colina de Santana

¹⁰⁰ A informação prévia é um procedimento autónomo e facultativo, que pode anteceder um licenciamento ou comunicação prévia de obras de construção, reconstrução, ampliação, alteração, conservação e demolição de imóveis. Permite a obtenção de informação sobre: Viabilidade de realização de determinada operação urbanística; Respetivos condicionamentos legais ou regulamentares, nomeadamente relativos a infraestruturas, servidões administrativas, restrições de utilidade pública, índices urbanísticos, cêrceas (altura das fachadas relativamente à largura dos arruamentos), afastamentos e demais condicionantes aplicáveis à realização da obra. (<http://www.cm-lisboa.pt/servicos/pedidos/urbanismo-e-obras/obras-de-edificacao-e-demolicao/informacao-previa/o-que>)

¹⁰¹ A informação de que os PIP's já não estão válidos foi dada pelo Atelier BSoares- PATCS-Contributos;

A DGPC em julho/ agosto de 2013 analisa os PIP's e reitera o parecer de 2011, solicitando a apresentação de “(...) *um único plano de pormenor de salvaguarda, que tenha em conta uma efectiva salvaguarda dos valores em presença assumido, de forma inequívoca, a intervenção na Colina de Santana, e não apenas nas áreas a lotear, como uma operação global.*”¹⁰², Esta entidade faz mais algumas recomendações e informa o município.

Até 2013, altura do conhecimento público destes projetos, a decisão de encerramento dos hospitais, a sua venda à Estamo, e a elaboração dos projetos para alteração de uso era uma realidade, só que desconhecida da sociedade em geral. É nesta altura que são conhecidos publicamente os processos e que o assunto 'Colina de Santana' tem dimensão pública.

A polémica dá-se quando os projetos são conhecidos publicamente, gerando manifestações contra o que consideram ser a destruição de património edificado, conventual e hospitalar, material e imaterial dos hospitais. Algumas entidades criticam o facto de não existirem estudos públicos válidos que comprovem a necessidade de um novo hospital em Lisboa, nem um estudo consistente para as propostas apresentados publicamente tendo em conta a implicação em toda a área intervencionada e envolvente.

Entretanto a Câmara apresenta os projetos publicamente, abre período de Discussão Pública sobre os processos e a Assembleia Municipal de Lisboa organiza cinco Debates sobre a Colina de Santana no final de 2013 ao início de 2014. Destes Debates surtiu a aprovação de uma Deliberação na AML e posterior aprovação de uma proposta da Câmara, do pelouro do urbanismo, que criou o Programa de Ação Territorial (PAT)¹⁰³ para a Colina de Santana no ano 2014.



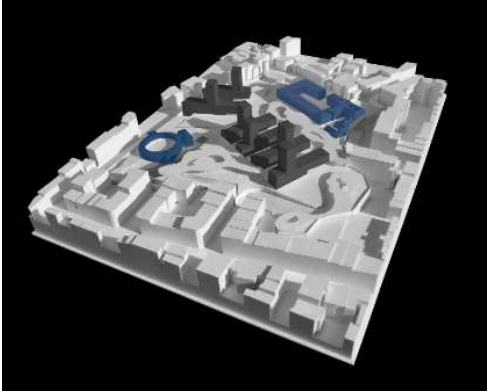
Os projetos foram sendo alterados após a apresentação pública, em virtude da polémica gerada e dos desenvolvimentos das reuniões entre a Estamo, a CML, a DGPC e os Arquitectos responsáveis pela elaboração dos projetos. Estas alterações não são conhecidas publicamente.

¹⁰² Informação n.º14/GSD-JC/2013, da DGPC datada de 26/07/2013;

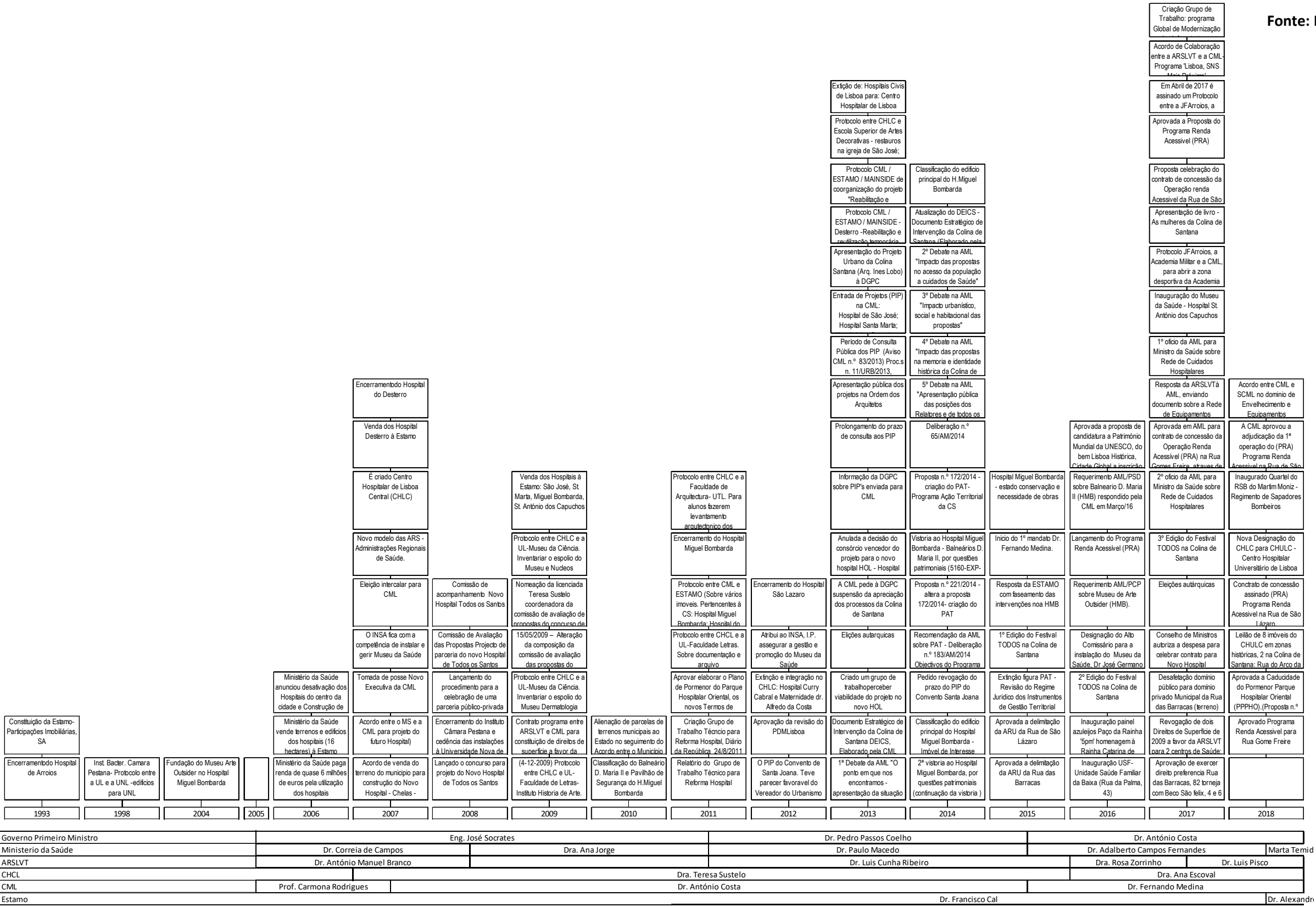
¹⁰³ Deliberação n.º 65/AML/2014 e da aprovação da Proposta 221/CML2014.

Através das informações conhecidas pela Comunicação Social sobre a possível permanência de parte ou totalidade de alguns hospitais, ou com a abertura do Museu da Saúde no hospital dos Capuchos em 2017, tudo leva a crer que a alteração dos projetos passará também pela decisão de cedência de alguns edifícios integrados nas áreas dos hospitais para fins, que não estavam inicialmente propostos nos PIP's.

Foi portanto este processo dos projetos para os hospitais, que presentemente já não estejam válidos, que desencadeou todo o processo de regeneração urbana da Colina de Santana.

U	Local	
1	Hospital de São José (Colégio Jesuíta Santo Antão-o-Novo) Fotomontagens	
		
2	Hospital Miguel Bombarda (Convento de São Francisco de Paula / Quinta de Rilhafoles)	

Anexo 5 – Linha Cronológica



Anexo 6 – Evolução dos acontecimentos

Apresentamos com mais detalhe a Linha Cronológica que está em resumida no quadro apresentado no Capítulo 3 – Colina de Santana: Passado presente e propostas futuras com informação obtida. Há consciência que faltam informações, mas no essencial para percebermos a evolução dos acontecimentos sobre o processo de regeneração da Colina de Santana. A informação provém da pesquisa documental, as entrevistas, retirada das páginas da internet da Câmara Municipal de Lisboa e da Assembleia Municipal de Lisboa.

Há mais de uma década, o Governo de então, após consciência de que os hospitais da Zona Central de Lisboa (Hospitais: São José, Capuchos, Desterro e Curry Cabral) se encontravam “muito degradados e sem condições de expansão e de consequente prestação de serviço de forma eficiente, o que se consegue, com menos custos financeiros e sociais através da respetiva concentração numa unidade moderna, edificada com respeito de normas técnicas e adequadas às exigidas pelas várias valências que possibilita”¹⁰⁴. Decidiu desativar os hospitais acima referidos¹⁰⁵ e construir o novo hospital na zona Oriental de Lisboa.

Por este motivo o Ministério da Saúde vendeu à empresa Estamo¹⁰⁶ os hospitais de São José, Santa Marta, Santo António dos Capuchos, Miguel Bombarda, Desterro e D. Estefânia, situados na zona agora delimitada e denominada Colina de Santana a partir deste momento o Ministério passou a pagar rendas de quase 6 milhões de euros pela utilização dos hospitais¹⁰⁷. Um breve resumo dos acontecimentos...

Em 1993 – Encerramento do Hospital de Arroios (informação retirada do requerimento da AML/Verdes em julho 2017).

A 18 de agosto de 1993 é criada a Estamo- Participações Imobiliárias, SA (objetivo social a compra e venda de imóveis, essencialmente ao Estado e a Outros Entes Públicos, para revenda tal como se encontram ou, após o desenvolvimento de ações de valorização, bem como o arrendamento de imóveis do estado em que se encontram ou construídos para esse fim. " (Plano de Actividades - Exercício Económico da Estamo 2012).

Em 1998 é assinado o Protocolo entre a Universidade de Lisboa (UL) e a Universidade Nova de Lisboa (UNL) no qual passava a maior parte dos edifícios do Instituto bacteriológico Camara Pestana (IBCP) para a UNL. A UL fica com o edifício principal com o IBCP.

¹⁰⁴ Proposta n.º 494/2007 da Câmara Municipal de Lisboa.

¹⁰⁵ Entretanto o Ministério da Saúde posteriormente divulgou que os Hospitais Curry Cabral e Maternidade Alfredo da Costa também serão encerrados.

¹⁰⁶ ESTAMO- participações imobiliárias, SA - empresa pertencente ao Estado português.

¹⁰⁷ Relatório dos Debates Lisboa da Assembleia Municipal de Lisboa, 2014, Vol. I, pag. 2.

Em 2004 é fundado o Museu Arte Outsider no Hospital Miguel Bombarda (informação retirada do Requerimento AML-PCP n.º 2/2016).

Em 2006 o Ministério da Saúde anunciou desativação dos Hospitais do centro da cidade e Construção de Novo Hospital (Governo PS - José Sócrates / Ministro da Saúde Dr. António Correia de Campos e depois Dra. Ana Jorge).

Em 2006 o Ministério da Saúde vende terrenos e edifícios dos hospitais do CHLC (16 hectares) à Estamo (empresa imobiliária 100% do Estado) por mais de 111 milhões de euros.

Em 2006 o Ministério da Saúde passa a pagar renda de quase 6 milhões de euros à Estamo pela utilização dos hospitais.

Em 2007 foi encerrado o Hospital do Desterro passando as suas especialidades de Medicina interna para Hospital de São José, Cirurgia geral para Hospital de Santo António dos Capuchos, Unidade de cuidados Intensivos para hospital de São José¹⁰⁸.

Em 2007 venda do Hospital Desterro à Estamo.

A 28 de fevereiro de 2007 é criado o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC¹⁰⁹) que integra os hospitais de São José, de Santo António dos Capuchos, de Santa Marta e D. Estefânia. Em 2012 foram acrescentados os hospitais Curry Cabral e Maternidade Alfredo da Costa a este Centro Hospitalar. A sua missão é prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadores de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). (DR n.º 42/2007- 2º suplemento-Serie I) (DL 50-A/2007).

Em Maio 2007 surge o novo modelo das ARS - Administrações Regionais de Saúde-extinção das Sub-Regiões de saúde (DL. N.º 222/200/, 29 de Maio).

A 15 julho 2007 - eleição intercalar para Câmara de Lisboa.

A 27 de julho de 2007 o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, I.P.) - prevê a instalação e gestão do Museu da Saúde confere ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, I.P.) e DL n.º 27/2012 de 8/2 prevê como atribuição do INSA, I.P. assegurar a gestão e promoção do Museu da Saúde. É mandatado para instalar, assegurar a gestão e promoção de um Museu da Saúde (que só abre em 2017, no Hospital Santo António Dos Capuchos) (DL n.º 271-2007, 27/07).

A 01 agosto 2007 - Dr. António Costa -Tomada de Posse Novo Executivo da CML - Dr. António Costa.

¹⁰⁸ https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_do_Desterro. E informação retirada do requerimento da AML/Verde em julho 2017;

¹⁰⁹Decreto-Lei n.º 50-A/2007, 28/02, o Governo cria Centro Hospitalar de Lisboa Central, bem como outros em todo o país (DR n.º 42/2007- 2º suplemento-Serie I). O CHLC tem ensino universitário e formação pós-graduada, com reconhecida distinção científica, técnica e tecnológica, assumindo-se como uma instituição de referência.

Em dezembro de 2007 foi celebrado Acordo entre o Ministério da Saúde e o Município de Lisboa para o lançamento do projeto para o futuro Hospital Oriental de Lisboa, denominado Hospital Todos os Santos.

Em dezembro de 2007 foi aprovado pela AML o Acordo de venda do terreno de município para construção do Novo Hospital em Chelas (Proposta da CML n.º 494/P/2007).

A 13 de fevereiro de 2008 sai o Despacho de nomeação da Comissão de acompanhamento que supervisiona a preparação do lançamento de uma parceria público-privada para construção do futuro Hospital de Todos os Santos (Despacho n.º 3547/2008).

A 07 de abril de 2008 sai o Despacho de nomeação da Comissão de Avaliação das Propostas Projecto de parceria do novo Hospital de Todos os Santos (Despacho N.º 10926-A/2008).

A 11 de abril de 2008 autorização para a aquisição do prédio rústico, propriedade do município de Lisboa, para construção do futuro Hospital de Todos-os-Santos, bem como a realização da respectiva despesa (Resolução do Conselho de Ministros n.º 65/2008. DR n.º 72/2008, Série I de 2008-04-11).

A 14 de abril de 2008 sai o despacho de aprovação do lançamento do procedimento prévio para a celebração de uma parceria público-privada relativa ao contrato de gestão do Edifício Hospitalar do Hospital de Todos os Santos (Despacho n.º 10926-B/2008).

Em outubro de 2008 é o encerramento do Instituto Câmara Pestana e cedência das instalações à Universidade Nova de Lisboa¹¹⁰. (notícia Jornal Publico 12-10-2008)

No ano 2008 foi lançado concurso para projeto do Novo Hospital de Hospital de Todos os Santos¹¹¹.

Em 2009 concretiza-se a venda dos Hospitais à Estamo: São José, Santa Marta, Miguel Bombarda, Santo António dos Capuchos¹¹²;

A 29 de janeiro 2009 - Protocolo entre CHLC e a UL-Museu da Ciência. Inventariar o espólio do Museu Dermatologia Portuguesa Dr. Sá Penella; Museus dos HCL Dr. Alberto MacBride; e Núcleo Museológico do Hospital de St. António dos Capuchos.¹¹³

A 7 de abril de 2009 sai o Despacho de nomeação da licenciada Teresa Maria da Silva Sustelo coordenadora da comissão de avaliação de propostas do concurso de parceria público-privada relativo ao Hospital de Todos os Santos, para substituir, nessa qualidade, o licenciado Pedro Dias Alves (Despacho n.º 9622/2009).

¹¹⁰ Notícia Jornal Público 12-10-2008.

¹¹¹ Esta denominação entretanto foi alterada para Hospital Oriental de Lisboa.

¹¹² Moção do PCP “Pela reversão do processo de venda á Estamo dos hospitais da Colina de Santana (<https://www.am-lisboa.pt/502000/1/007132,000167/index.htm>);

¹¹³ (<http://www.chlc.min-saude.pt/patrimonio-cultural/parceiros-e-projetos/>)

A 15 de maio de 2009 sai o Despacho de Alteração da composição da comissão de avaliação das propostas do concurso de parceria público-privada relativo ao Hospital de Todos os Santos (Despacho n.º 13672/2009).

A 21 de setembro de 2009 é assinado Contrato programa entre ARSLVT e CML para constituição de direitos de superfície a favor da ARVLVT de parcelas municipais por 99 anos para construção de 6 Unidades de Saúde. A ADSLVT pagou à CML por 2 terrenos mais de 650mil €. As escrituras foram efectivadas no ano 2010 e 2011. (1 de Julho de 2009) Deliberação 569/CM/2009- Aprovação da minuta do Contrato-Programa.

A 11 outubro 2009 - eleições autárquicas.

A 4 de dezembro de 2009 - Protocolo entre CHLC e UL-Faculdade de Letras- Instituto Historia de Arte. Inventariar os azulejos existentes nos imóveis do CHLC.

Em julho de 2010 foi assinada a escritura de alienação de um conjunto de parcelas de terrenos municipais ao Estado no seguimento do Acordo entre o Município e o Estado assinado em 2007.

Em 2010 foram classificados dois edifícios nas instalações do Hospital Miguel Bombarda, o Balneário D. Maria II e Pavilhão de Segurança¹¹⁴ e em 2013 houve uma petição à Direção Geral de Património Cultural para classificação também o edifício principal¹¹⁵, que foi classificado em 2014.

Entretanto em 2011 foi encerrado o hospital Miguel Bombarda, ficando só Museu de ArtOutsider¹¹⁶, fundado em 2004, a funcionar no recinto do hospital, nas instalações do Pavilhão de Segurança, no edifício classificado e singular panóptico (informação do OF-278-GVMS-16 - email do Museu arte outsider e do requerimento do AML/Os Verdes em Julho 2017).

¹¹⁴“O Pavilhão de Segurança (1896), construído para doentes vindos da Penitenciária, da autoria do Arq. José Maria Nepomuceno, é um edifício único e vanguardista em termos internacionais, que antecipa em 30 anos o design e a arquitectura moderna das décadas de 1920 e 1930, (arredondamentos de arestas racionalistas generalizados em bancos, portas e janelas, para evitar contusões, proporcionar maior resistência e facilitar a limpeza) e um dos seis edifícios circulares panópticos (sistema inventado por Jeremy Bentham) no mundo e o único com pátio a descoberto (para os doentes permanecerem ao ar livre durante o dia, melhorando o seu estado de saúde e evitando a transmissão de doenças); o Balneário D. Maria II (1853), para banhos terapêuticos aplicados em psiquiatria, considerado o melhor da Europa.” (http://aparteoutsider.org/?page_id=74).

¹¹⁵ O Edifício principal, ex-casa religiosa (séc. XVIII); gabinete onde o Prof. Miguel Bombarda foi assassinado na véspera da Revolução Republicana em que ele foi o principal dirigente e organizador; Salão Nobre com notáveis painéis de azulejaria barroca, etc. (http://aparteoutsider.org/?page_id=74).

¹¹⁶ “O ex Hospital Miguel Bombarda é um património muito raro a nível mundial, pela diversidade e qualidade das suas valências, que inclui edifícios vanguardistas, uma das mais antigas coleções de arte de doentes (c.5000 obras), um notável acervo de fotografia (c.5000), de material clínico e de mobiliário, além de um precioso e vasto Arquivo, com dezenas de milhares de processos, livros de registo, relatórios, correspondência, múltipla documentação social, etc, desde 1848. Só uma pequeníssima parte do acervo está exposto no atual Museu do Hospital, (...) O restante acervo e todo o arquivo foram transportados, aquando do encerramento em 2011, para o Hospital Júlio de Matos. (<http://aparteoutsider.org/>).

Em fevereiro de 2011 - Protocolo entre CHLC e a Faculdade de Arquitectura- UTL. Para alunos fazerem levantamento arquitectónico dos hospitais e desenvolverem projetos para os locais;

Em abril de 2011 a Assembleia da República aprova a Resolução n.º 99/2011, recomendando ao Governo a preservação do património arquitetónico e arqueológico do conjunto hospitalar da Colina de Santana¹¹⁷.

Em maio de 2011 foi assinado um protocolo entre o município de Lisboa e a empresa Estamo¹¹⁸ sobre vários imóveis integrados na Colina de Santana, que não só os edifícios dos hospitais acima referidos, mas também, Convento de Santa Joana, Quartel do Cabeço da Bola e Santa Bárbara, integram um plano amplo de planeamento conjunto de regeneração da zona.

Em julho de 2011 foi elaborado pelo município o Plano Pormenor Parque Hospitalar.

Em agosto de 2011 a Diretor Geral de Cultura de Lisboa e Vale do Tejo (DGCLVT, atual DGPC) dá um parecer sobre os projetos para os hospitais: São José, Santo António dos Capuchos e Miguel Bombarda, onde, resumindo, refere que é necessária a preservação do património cultural e elaboração pela CML de um Plano Pormenor e de Salvaguarda para cada hospital.

A 11 de julho de 2011 - Protocolo entre CHCL e a UL-Faculdade Letras sobre documentação e arquivo

Em setembro de 2011 o Diretor DRCLVT (atual DGPC) faz despacho de concordância com a informação dos dois técnicos da DGPC que integral a CAT da ARU de Lisboa mas refere “... sobretudo quanto à necessidade de elaboração de Plano de Pormenor, dada sensibilidade patrimonial do património em causa. O trabalho de caracterização deverá ser levado a cabo por equipa multidisciplinar credenciada.”¹¹⁹

Em outubro de 2011 a CML e a Estamo conhecem a esta decisão¹²⁰.

A 24 de Agosto de 2011- criação Grupo de Trabalho Técnico para Reforma Hospital. (Diário da República 24/8/2011 - DL 10601/11).

Em 2011 deu entrada no serviço de urbanismo do município de Lisboa um Pedido de Informação Prévio (PIP) do Convento de Santa Joana, que teve parecer favorável.

Ainda em 2011 deram entrada os 5 PIP referentes aos hospitais de São José, Santa Marta, Santo António dos Capucho, Miguel Bombarda e Desterro¹²¹.

¹¹⁷ Informação da DGCP de 26/07/2013, referente ao Cs: 881739.

¹¹⁸ Informação na resposta do município de Lisboa ao requerimento do Grupo Municipal Bloco de Esquerda da AML. (<http://www.am-lisboa.pt/documentos/1452775355O2kTT3we5Mc71UD9.pdf>).

¹¹⁹ Informação da DGCP de 26/07/2013, referente ao Cs: 881739.

¹²⁰ Informação da DGCP de 26/07/2013, referente ao Cs: 881739.

¹²¹ Informação da DGPC de 26/06/2013, referente ao Cs Proc: 113526;

A 28 de setembro de 2011 é aprovada uma proposta para iniciar a elaboração do Plano de Pormenor do Parque Hospitalar Oriental, os novos Termos de Referência, bem como o Contrato de Planeamento e abertura do período de participação pública preventiva. (Proposta 581/2011).

Em Novembro de 2011 - relatório do Grupo de Trabalho Técnico para Reforma Hospital.

Foi aprovado em 2012 o novo Plano Diretor de Lisboa (PDML) que integra a alteração de usos de equipamentos incluído dos Hospitais do CHLC.

Encerramento do Hospital São Lazaro (informação do requerimento do AML/Os Verdes em Julho 2017).

A 08 de fevereiro de 2012 foi atribuído ao INSA, I.P. assegurar a gestão e promoção do Museu da Saúde (DL n.º 27/2012) - anterior DL n.º 271-2007, 26 julho 2007, a instalação e gestão do Museu da Saúde confere ao INSA, I.P. (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge).

A 23 de fevereiro de 2012 Procede à extinção e integração por fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Central: Hospital Curry Cabral e Maternidade dr. Alfredo da Costa (DL 44/2012) (DR n.º 39/2012-Serie I).

Em dezembro de 2012 o PIP do Convento de Santa Joana. Teve parecer favorável do Vereador do Urbanismo (Proc. 740/EDI/2012)

A 19 de fevereiro de 2013 - extinção da pessoa colectiva Hospitais Cíveis de Lisboa e transfere para o Centro Hospitalar de Lisboa Central, o património que subsista na sua titularidade (DR n.º35/2013- Serie I) - DL 27/2013.

Em 2013 assinado protocolo entre o Município de Lisboa, a Estamo e empresa MAINSIDE sobre o projeto 'Reabilitação e reutilização temporária do Hospital do Desterro'.

Em 2013 foi elaborado pelo município o Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana, atualizado no ano seguinte.

Em maio de 2013 foi apresentado à DGPC o Projeto Urbano da Colina de Santana, elaborado pelo atelier da Arquitecta Inês Lobo, solicitado pela Estamo (sugestão da Câmara Municipal de Lisboa, por indicação da Direção Geral de Património Cultural em 2011 e 2012, no seguimento de várias reuniões de trabalho entre estas 3 entidades).

Em maio de 2013 - protocolo entre CHLC e a ESAD- Escola Superior de Artes Decorativas, para elaborarem restauros na igreja de São José.

Entre 1 e 12 de julho de 2013 - Período de Consulta Pública dos PIP publicação de Aviso n.º 83/2013/CML) – Período de Discussão Pública dos PIP's dos hospitais. Processos n. 11/URB/2013, 12/URB/2013, 13/URB/2013, 14/URB/2013 referente aos Hospitais: São José

Santa Marta, Capuchos e Miguel Bombarda (Aviso CML n.º 83/2013). Foi prorrogado o prazo até 31 de julho de 2013.

A 11 de julho de 2013 apresentação pública dos projetos na Ordem dos Arquitetos.

Em 26 julho 2013 foi elaborada uma informação da DGPC concluindo ou melhor retirando o despacho não favorável aos PIPs de 2011 do DGCLVT e do IGESPAR, que deu parecer desfavorável, porque os projetos PIP, vem apresentado em forma de loteamento (já em 2011 tinha sido informado pela DRCLVT (atual DGPC) que não era o melhor solução para a aquela zona, a apresentação dos projetos dos hospitais em loteamentos). Também refere que deverá ser elaborado um único Plano de Pormenor de Salvaguarda para zona bem como “levantamento do património dispersos, de carácter hospitalar de teor arquivístico, de instrumentação, ou património integrado, designadamente azulejar, de forma a proceder à respectiva reintegração em moldes legíveis e historicamente validados.”¹²²

Em 2013 foi anulada a decisão de adjudicação do consórcio vencedor do projeto para o novo hospital, como nova denominação: Hospital Lisboa Oriental (HLO).

Em agosto de 2013 o município de Lisboa pede à DGPC a suspensão da apreciação dos referidos processos respeitantes à Colina de Santana, foi decidido constituir um grupo de trabalho “com representantes das diversas forças políticas presentes na Câmara Municipal de Lisboa” para apreciação dos loteamentos integrados na Colina de Santana, bem como os serviços de urbanismo do município aprofundem os estudos urbanísticos referentes ao conjunto Colina de Santana¹²³.

A 11 outubro 2013 - eleições autárquicas;

A 7 de dezembro de 2013 - Despacho n.º 188/2013 - Cria um grupo de trabalho ao qual compete apresentar conclusão sobre a viabilidade da prossecução do projeto de construção do Hospital Oriental de Lisboa.

No final 2013 e início 2014 foram organizados pela Assembleia Municipal de Lisboa 5 debates¹²⁴.

A 10 dezembro de 2013 - 1º Debate da AML *O ponto em que nos encontramos - apresentação da situação atual e das propostas pendentes.*

Em 2014 foi encerrado o hospital São Lazaro¹²⁵ “não sendo claro ainda o que sucederá ao hospital de S. Lázaro, onde funciona actualmente o Serviço de Ortopedia de S. José.”, está

¹²² Informação da DGPC de 26/07/2013, referente ao Cs:881739;

¹²³ Ofício da CML dirigido à DGPC de 05/08/2013.

¹²⁴ Os 5 debates organizados pela AML, podem-se resumir através dos registos do Debate Temático da Colina de Santana no Sítio Debater Lisboa: 5 sessões, com 120 e 150 de médias de presenças nas sessões; 800 Transmissões *on-line* (visualizações simultâneas); 18 oradores convidados; 80 inscrições para intervenção nos debates; 23 artigos de opinião comunicação social e 11 artigos de opinião no sítio Debater Lisboa da AML.

referido no Estudo Urbano para a CS (2013, p. 98). Ainda hoje é utilizado para apoio aos doentes do Hospital de São José em época de grande afluência de doentes. (ver se se sabe mais sobre S. Lázaro). Para onde foram as valências doenças crónicas de pele.

A 28 de janeiro de 2014 – 2º Debate da AML - *Impacto das propostas no acesso da população a cuidados de Saúde.*

A 4 de fevereiro de 2014 – 3º Debate da AML - *Impacto urbanístico, social e habitacional das propostas.*

A 11 de fevereiro de 2014 – 4º Debate da AML - *Impacto das propostas na memória e identidade histórica da Colina de Santana .*

A 11 de março de 2014 – 5º Debate da AML - *Apresentação pública das posições dos Relatores e de todos os Grupos Municipais e Deputados Independentes, seguindo-se a intervenção do público.*

A 24 de março de 2014 foi aprovada a Deliberação n.º 65/AM/2014 na qual a Assembleia refere que “tendo em consideração as diferentes vertentes suscitadas ao longo do debate, bem como as propostas apresentadas por cidadãos, organizações e deputados municipais” apresentam propostas sobre: Urbanismo, Reabilitação Urbana e Desenvolvimento local; Cuidados de Saúde; Património, Cultura e Ciência, Segurança do edificado; equipamentos, acessibilidade e espaço público e o Acompanhamento que este órgão irá fazer com a criação de uma Comissão de Acompanhamento¹²⁶. Após esta Deliberação foi criado o Programa de Acção Territorial (PAT) para a Colina de Santana.

A 23 de abril 2014 - criação do Programa Acção Territorial (PAT) da Colina de Santana (Proposta n.º 172/2014).

A 8 de Maio 2014 houve uma vistoria ao Hospital Miguel Bombarda - Balneários D. Maria II, por questões patrimoniais.

A 21 maio 2014 é aprovada a proposta que altera a proposta 172/2017 criação do PAT (Proposta n.º 221/2014).

A 25 julho 2014 - Recomendação da AML sobre PAT - Deliberação n.º 183/AM/2014 - Objectivos do Programa de Acção Territorial da Colina de Santana, relativa ao Ponto 1.3 da

¹²⁵ O Hospital de São Lázaro foi o primeiro Hospital, em 1844, a ser anexado ao Hospital Real de São José para onde passaram leprosos e doenças crónicas de pele, funciona na dependência do Hospital de São José até aos dias de hoje. (DEICS, 2014, p.181)

¹²⁶ “para que todo este complexo de transformação da Colina de Santana possa ser devidamente fiscalizado e acompanhado, a Assembleia Municipal de Lisboa delibera criar, ao abrigo da alínea c) do n.º1 da Lei n.º75/2013, de 12 de Setembro), uma Comissão de Acompanhamento, constituída pela Mesa, 1 representante da cada Grupo Municipal e 1 Deputado Independente. Esta Comissão deverá zelar para que toda a informação relevante sobre a Colina de Santana seja publicamente divulgada apoiar iniciativas de esclarecimento e participação dos cidadãos, na continuação do debate Temática sobre a Colina de Santana;” (Deliberação n.º 65/AML/2014, Boletim Municipal n.1050, de 3/4/2014, pág. 580 (108), 2º Suplemento ao BM n.º 1050- Ano XXI)

Proposta 221/CM/2014, redacção final com as alterações aprovadas na Comissão da AML - A AML altera / acrescenta 23 alíneas há proposta n.º 221/2014.

A 10 de setembro de 2014 foi aprovada a proposta com pedido revogação do prazo do PIP do Convento Santa Joana (proposta n.º 475/P/2014 - Proc. 740/EDI/2012);

A 13 de setembro de 2014 Contrato de concessão assinado (PRA) Programa Renda Acessível na Rua de São Lázaro.

A 15 de setembro de 2014 a Estamo- Participações Imobiliárias, SA- " (...) foi integrada no perímetro de consolidação das Administrações Públicas (PPR)" (Plano de Actividades e Orçamento de 2016 da Estamo).

Em outubro de 2014 - Classificação do edifício principal do Hospital Miguel Bombarda - Imóvel de Interesse Público.

A 21 de outubro de 2014 houve uma 2ª vistoria ao Hospital Miguel Bombarda, por questões patrimoniais (continuação da vistoria).

A 6 de abril de 2015 – Início do 1º mandato Dr. Fernando Medina.

Entre julho/agosto/2015 - troca de comunicações entre CML e ESTAMO sobre Hospital Miguel Bombarda - estado conservação e necessidade de obras.

Em agosto de 2015 resposta da ESTAMO com faseamento das intervenções no HMB.

Em setembro de 2015 1ª edição do Festival *Todos* na área da Colina de Santana.

Em setembro de 2015 apresentação do Livro “Pecados à flor da pele”, coordenação Célia Pilão, fotografias de Rosa Reis e Ilustrações de Sandra Tacão. Vieram assistir ao lançamento do livro “*Pecados à flor da pele*”, que, coordenado por Célia Pilão, evoca um dos hospitais mais emblemáticos dos últimos 120 anos, por estar desde sempre associado à venereologia – desde que foi ali criada, em 1897, por iniciativa de Thomaz de Mello Breyner, a primeira consulta desta especialidade, designada então por “*Moléstias Syphiliticas e Venéreas*.” É um percurso pela biografia do antigo Hospital do Desterro, uma unidade de saúde que, fruto das doenças venéreas que ali se tratavam, sempre foi olhada como um local especial.

A 22 de setembro de 2015 - extinção figura PAT - Decreto-lei n.º 380/99, aprova o DL n.º 80/2015, de 14 de maio - Revisão do Regime Jurídico dos Instrumentos de Gestão Territorial.

Em outubro de 2015 foi aprovada a delimitação da ARU da Rua de São Lázaro (Proposta n.º - 625/2015).

Em outubro de 2015 - foi aprovada a delimitação da ARU da Rua das Barracas (Proposta n.º 626/2015).

A 13 de janeiro de 2016 foi aprovada por unanimidade a proposta n.º 1/2016- candidatura do bem *Lisboa Histórica, Cidade Global* a inscrição na Lista indicativa nacional do

Património Mundial da UNESCO. Esta proposta foi subscrita por dois vereadores com o pelouro do Planeamento, Urbanismo, Património e Obras Municipais e com pelouro da Cultura e Relações Internacionais. Esta proposta é importante porque integra o Colégio dos jesuítas (actual Hospital de São José).

A 11 de janeiro de 2016 - requerimento AML/PSD sobre Balneário D. Maria II, no Hospital Miguel Bombarda. Respondido pela CML em Março/16.

Em abril de 2016 - Lançamento do Programa Renda Acessível (PRA)

A 21 de junho de - Requerimento AML/PCP sobre Museu de Arte Outsider (HMB) - resposta OF-744-GVMS-2017.

A 1 de julho de 2016 designa Alto Comissário para a instalação do Museu da Saúde, Dr José Germano de Sousa (Despacho n.º 8591-A/2016, DR n. 125/2016, 1º Suplemento).

Em novembro 2016 inauguração da Unidade de Saúde Familiar da Baixa;

Em 25 de novembro 2016, a Junta de Freguesia de Arroios inaugurou o âmbito da comemoração dos 378 anos do nascimento de D. Catarina de Bragança, o mural de azulejos “5 pm”, no Paço da Rainha, em Arroios.

A 13 de fevereiro de 2017 – criação Grupo de Trabalho com a Missão de definir o programa Global de Modernização das Infraestrutura e Equipamentos dos Cuidados de Saúde Primários do Concelho de Lisboa (Despacho n.º 1728/2017).

A 14 de março de 2017 - Acordo de Colaboração entre a ARSLVT e a CML- Programa 'Lisboa, SNS Mais Próximo'.

Em Abril de 2017 é assinado um Protocolo entre a JFArroios, a Academia Militar e a CML, para abrir a zona desportiva da Academia Militar à população.

A 20 abril 2017 aprovada a Proposta PRA- Programa Renda Acessível – (Proposta 180/CM/2017 - Deliberação n.º 168/AM/2017);

Em abril de 2017 - Apresentação do livro - As mulheres da Colina de Santana.

Em abril de 2017 é inaugurado o Museu da Saúde (núcleo do Museu), onde se pode visitar a história dos 800 anos da medicina em Portugal, no Hospital de Santo António dos Capuchos, no antigo serviço de neurologia, desactivado há uma década.

A 4 de maio de 2017 aprovação da Proposta celebração do contrato de concessão da Operação Renda Acessível da Rua de São Lázaro (Proposta n.º 182/CM/2017 - Deliberação n.º 169/AM/2017).

Em junho de 2017 a presidente da AML envia ao Ministro da Saúde uma carta sobre a Rede de Cuidados Hospitalares.

A 19 de junho de 2017 A AML envia ofício para Ministro da Saúde sobre Rede de Cuidados Hospitalares (envia Deliberação 65/AM/2014). Questiona sobre a construção de Novo

Hospital e informa que tem proposta 316/P/2017 para discussão e votação da AML sobre desafetação dos terrenos para construção do novo hospital (OF/571/AML/17).

A 07 de julho de 2017 - resposta da Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo, enviando documento sobre a Rede de Equipamentos Hospitalares na cidade de Lisboa.

Em julho de 2017 proposta aprovada na AML sobre a desafetação de terrenos do município de Lisboa para o Ministério da Saúde para construção do Novo Hospital Lisboa (HLO) (Proposta n.º 316/CM/2017).

A 13 de julho de 2017 foi aprovada em AML autorização para contrato de concessão da Operação Renda Acessível na Rua Gomes Freire, através de concurso público (Proposta 477/CM/2017).

Em julho de 2017 debate de actualidade na Assembleia Municipal de Lisboa “unidades Hospitalares de Lisboa Central ”, com a apresentação propostas do Partido Comunista Português “Por uma Nova Política de Saúde na Cidade de Lisboa, em Defesa do Centro Hospitalar de Lisboa Central” e do Bloco de Esquerda “Pela Defesa das Unidades Hospitalares de Lisboa Central” e uma Recomendação do Partido Ecologista Os Verdes “Pelo desenvolvimento equilibrado da rede Hospitalar d Lisboa”¹²⁷.

Em julho de 2017 a resposta da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS-LVT) às várias questões que a Assembleia Municipal de Lisboa dirigiu ao Ministério da Saúde são referidos os destinos previstos para cada um dos hospitais após a entrada em funcionamento do HLO. Assim para o Hospital Dona Estefânia, prevê-se um local dedicado às crianças, onde se poderão instalar-se organizações que trabalhem com atividades dirigidas às crianças, poderá ser também instalada uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados Pediátricos. Já existe atualmente planeada uma nova Unidade de Saúde familiar (USF) de Arroios, direccionada ao planeamento familiar e aos cuidados da infância e maternidade; Maternidade Alfredo da Costa prevê-se a manutenção de alguma actividade na área da saúde; Hospital Curry Cabral manter-se-á também com funções na área da saúde, enquanto se revelar necessário; no Hospital de Santa Marta será instalada uma Unidade de Cuidados Continuados de saúde primários; para o Hospital de Santo António dos Capuchos não está previsto nenhuma atividade na área da saúde; Hospital de São José será um hospital de proximidade, assistindo a população local que têm patologias crónicas.

Em julho de 2017 a presidente da AML envia a 2ª carta ao Ministro da Saúde sobre a Rede de Cuidados Hospitalares.

Entre 8 e 10 de setembro de 2017 - 3ª Edição do Festival TODOS na Colina de Santana;

¹²⁷ <http://www.am-lisboa.pt/354000/1/008058,000223/index.htm>

Em outubro de 2017- eleições autárquicas.

Em novembro de 2017, o Conselho de Ministros autorizou a realização da despesa inerente à celebração do contrato de gestão a uma entidade privada, por um período de 30 anos para a conceção, o projecto, a construção, o financiamento, a conservação e a manutenção do novo Hospital Lisboa Oriental, em regime de parcerias público-privadas que, conforme palavras do atual Ministro da Saúde “as propostas deverão ocorrer até ao primeiro semestre de 2018 e a construção ocorra entre o final de 2019 e o início de 2022”, portanto com abertura prevista em 2023¹²⁸. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 178/2017. DR n.º 229/2017, Série I de 2017-11-28).

O Ministro informou ainda que “Lisboa precisa de um pólo de apoio na região envelhecida, na região central da cidade”, onde se localizam quase todos os hospitais que serão substituídos pela nova unidade hospitalar. “Acreditamos que o hospital de São José está nas melhores condições para ser esse hospital de proximidade”, (...) o Hospital da Estefânia “deve ser convertido, em colaboração com a autarquia, num espaço dedicado à criança e aos jovens”¹²⁹.

Em relação aos outros hospitais vem expresso num requerimento/pergunta do Bloco de Esquerda da Assembleia da República¹³⁰, em julho de 2017, que o Senhor Ministro da Saúde terá referido numa entrevista que para o edifício da Maternidade Alfredo da Costa “continuará a manter a sua identidade (...) gostaria muito que o edifício onde atualmente funciona a MAC fosse dedicado a uma área não assistencial, mas de saúde, como um museu da saúde.”¹³¹. Referiu também que onde funcionam os hospitais Curry Cabral e Capuchos não terão nada a ver com saúde.

A 14 de dezembro de 2017 Resolução Conselho de ministros onde determina o valor atual líquido, por referência a dezembro 2019, do procedimento concursal relativo ao HLO entre os anos 2023 até 2048 (Resolução do Conselho de Ministros n.191-A/2017. DR n.º 239/2017, 2º suplemento, série I de 2017-12-14).

¹²⁸ <https://www.dn.pt/portugal/interior/pcp-defende-hospitais-centrais-de-lisboa-depois-de-anunciado-concurso-para-nova-unidade-8908957.html>; <https://www.dn.pt/portugal/interior/hospital-de-lisboa-oriental-de-vera-estar-pronto-em-2022-lancamento-de-concurso-aprovado---ministro-8906083.html>; <https://www.jornaldenegocios.pt/economia/saude/detalhe/hospital-oriental-de-lisboa-abre-ate-2024-com-800-camas-e-polo-no-sao-jose>;

¹²⁹ *Idem*.

¹³⁰ Assembleia da República/Bloco de Esquerda- Requerimento/pergunta n.º 4735/XIII (2º), datado de 2017-07-03 dirigido ao senhor Ministro da Saúde.

¹³¹ Assembleia da República/Bloco de Esquerda- Requerimento/pergunta n.º 4735/XIII (2º), datado de 2017-07-03 dirigido ao senhor Ministro da Saúde.

No dia 15 de dezembro de 2017 proposta da CML “Aprovar submeter à AML a desafetação do Domínio publico para domínio Privado Municipal da Rua das Barracas (terreno) (Proposta 762/CML/2017 - Deliberação 62/AML/2018)

A 17 de dezembro de 2017 - Proposta 771/2017 - Revogação de dois Direitos de Superfície constituídos em 2009 a favor da ARSLVT para construção de 2 centros de Saúde: Alta de Lisboa e Campolide. O motivo desta proposta é o Acordo de Cooperação entre a CML e a ARSLVT assinado em 2017 para construção ou reabilitação de 16 Centros de Saúde em Lisboa.

No dia 21 de dezembro de 2017 proposta para decisão da AML para aprovação de exercer direito preferência Rua das Barracas, 82 torneja com beco São Félix, 4 e 6 e Beco Petinguim 31 e 33 com Beco Félix, 1 para execução do PRA (Proposta 784/2017 – Deliberação 48/AM/2018).

A 2 de fevereiro de 2018, foi assinado um Acordo de Colaboração entre CML e SCML no domínio do Envelhecimento e Equipamentos intergeracionais - Programa 'Lisboa-Cidade de todas as idades' construção de 8 equipamentos intergeracionais: residencial para pessoas idosas, cuidados integrados, creche.

A 19 de abril 2018 a CML aprovou a adjudicação da 1ª operação do (PRA) Programa Renda Acessível na Rua de São Lázaro. Envolve 16 edifícios municipais, que trarão mais 131 fogos (T0, T1, T2). A empresa (Brightmpathy, Lda) tem prazo de 36 meses para projectar e construir as novas habitações. As rendas são aprovadas e fixadas pela CM em cada operação. As habitações serão atribuídas por sorteio. Quando estiverem quase acabadas as obras o concurso é aberto para as famílias se candidatarem.¹³²

A 30 de maio de 2018 autorização para a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., proceder à repartição de encargos decorrentes de contratação de Serviços de Consultoria de Apoio ao Júri do Processo de Aquisição de Contrato de Gestão em Regime de Parceria Público-Privada, do Hospital de Lisboa Oriental (Portaria 328/2018- DR n.º 104/2018, Série II de 2018/05/203);

A 5 de julho de 2018 é inaugurado o novo Quartel do regimento de Sapadores Bombeiros (RSB) do Martim Moniz.

A 3 de Agosto de 2018, o DL n.º 61/201 anuncia a nova designação do CHLC. Foi oficialmente reconhecido como Centro Universitário: Centro Hospitalar universitário de Lisboa Central, EPE (CHULC).

¹³²<http://www.cm-lisboa.pt/noticias/detalhe/article/adjudicada-primeira-operacao-do-programa-de-renda-acessivel>.

A 27 de setembro de 2018, o CHULC promove um leilão de oito imóveis que é proprietária, dois dos locais na Colina de Santana: Rua do Arco da Graça, nº 75 - 81 e nº 83-85.

A 26 de setembro de 2018 foi aprovada a Proposta que declara a Caducidade de vários Planos entre os quais, o Proposta Pormenor Parque Hospitalar Oriental (PPPHO) (Proposta n.º 527/CML/2018).

A 11 de outubro de 2018 foi aprovada a Proposta para o Programa de Renda Acessível (PRA) para Rua Gomes Freire (Proposta 424/CM/2018).

A 4 de fevereiro de 2019 através do site da AVSLVT, entidade responsável pelo processos do novo hospital de Lisboa, Hospital Lisboa Oriental, obteve-se informação sobre oito propostas para construção e manutenção do HLO. Os concorrentes são: Servicios Hospitalarios CHUT, Agrupamento Hygeia, Alberto Couto Alves, SA, Tejo Infraestruturas Hospitalares (TIH), Ferrovial Agroman, SA, Ferrovial Serviços SA, Bastos, Amorim & Araújo – Consultoria e Trading, Lda. E Teixeira Duarte – Engenharia e Construções, SA. (<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/02/04/construcao-do-hospital-lisboa-oriental/>).

Anexo 7 - Enquadramento da área da Colina de Santana nos Instrumentos de Ordenamento do Território e outros Programas Nacionais e Municipais

O Ordenamento do Território português foi condicionado por vários factores ao longo das décadas. Pelas transformações políticas internas, através da inserção em “redes internacionais de circulação de ideias e conhecimento”, a partir do momento em que o país adere à Comunidade Económica Europeia e integrando as atuais agendas globais. (Campos e Ferrão, 2015, p.5)

Os Planos Diretores Municipais (PDM) fazem parte da Lei de bases gerais da política pública de solos, de ordenamento do território e de urbanismo (Lei n.º 31/2014, de 30 maio e pelo Regime dos Instrumentos de Gestão Territorial (Decreto-Lei n.º 80/2015, 15 de maio). Estes PDM são de competência das Câmaras Municipais e de elaboração obrigatória.

O Plano Diretor Municipal de Lisboa (PDML) é o principal instrumento de planeamento territorial que enquadra a Colina de Santana. Uma parte desta colina – encosta nascente da Av. da Liberdade – encontra-se também integrada na área de intervenção do Plano de Urbanização da Avenida da Liberdade e Zona Envolvente (PUALZE). O Plano de Pormenor de Salvaguarda da Baixa Pombalina chega a uma área muito residual da CS, pelo que não tem expressão nas opções a tomar na Colina. (DEICS, p. 13)

Plano Diretor Municipal de Lisboa

Em relação ao PDML revisto e aprovado em 2012¹³³, o presente Documento Estratégico apresenta para a área da Colina de Santana a qualificação de todo o território em relação: à estrutura patrimonial - os bens classificados, não classificados mas identificados na Carta Municipal do Património (CMP); identificação dos níveis arqueológicos existentes; estrutura ecológica; riscos naturais e antrópicos; acessibilidades e transportes e as servidões administrativas e restrições de utilidade pública I existentes na zona¹³⁴.

¹³³ Esta primeira revisão do PDM foi publicada em DR. n.º 168, 30/08 – 2º Série (Aviso n.º 11622/2012);

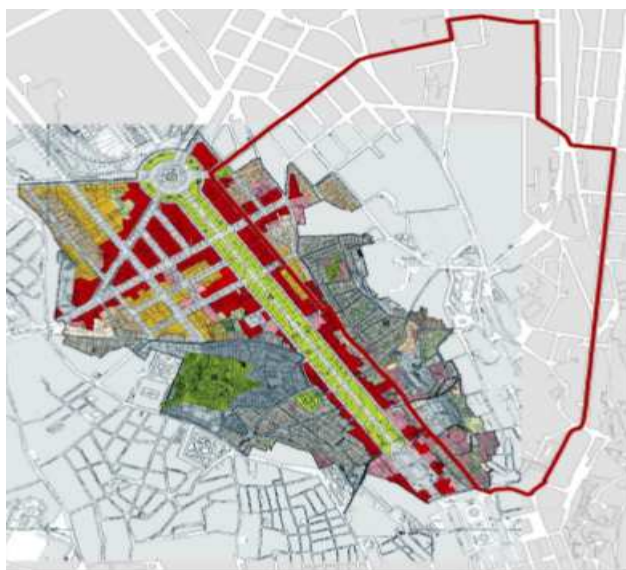
¹³⁴ Para informação mais pormenorizada sugerimos a leitura do Capítulo 2 do DEICS, 2014, pp.13-28;

Para os objetivos do presente trabalho importa realçar que nesta revisão do PDML, quanto à qualificação do solo urbano, os hospitais de São José, Capuchos, Santa Marta e Miguel Bombarda, se inserem em *Espaço a consolidar, central e residencial*, ou seja “correspondem a malhas urbanas a reconverter urbanística e funcionalmente, bem como, a espaços intersticiais onde se pretende estruturar uma ocupação urbana edificada ou destinados à estrutura ecológica municipal”, conforme n.º1 do art.º 58 do Regulamento do PDML 2012. Importa também referir o que está descrito no n.º2 do mesmo artigo “em espaço a consolidar a execução do plano realiza-se no âmbito de unidades de execução, disciplinadas ou não por planos de urbanização ou de pormenor e utilizando os sistemas de execução que a lei prevê.” E por último, no n.º1 do art.º 59 define que “os espaços centrais e residenciais a consolidar correspondem a áreas da cidade onde se preconiza a respetiva reconversão, designadamente antigas áreas industriais obsoletas ou ocupadas com construções de carácter precário ou degradadas, grandes equipamentos ou instalações militares em processo de desativação, grandes parcelas urbanas não edificadas a estruturar e Áreas Urbanas de Génese Ilegal (AUGI)”.

Plano de Urbanização da Avenida da Liberdade e Zona Envolvente

Em relação ao PUALZE¹³⁵ a CS está morfologicamente categorizada por estar na encosta nascente da Av. da Liberdade designada por Sector B na área de intervenção deste Plano.

¹³⁵ O PUALZE foi publicado em DR, n.º 9/2009 de Setembro, 2ª Serie (Aviso n.º 15825/2009). Está atualmente em revisão;



Fonte: Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana

Em relação ao espaço urbano e aos usos existente no PUALZE a Colina de Santana abrange: Área História Habitacional; Área Habitacional; Área Terciária; Área de Equipamento; Área Verde Privada a Salvaguardar; Área Mista; Área Verde de Utilização Pública¹³⁶;

Carta Estratégica de Lisboa 2010/2024

Num âmbito semelhante, a Carta Estratégica de Lisboa 2010/2024 inclui o apoio à intervenção dos proprietários e inquilinos de prédios degradados para realizarem obras de reabilitação ao abrigo do programa “RE9”; Reabilitar prédios devolutos municipais para lançamento no mercado de arrendamento de fogos com renda acessível, através do programa “Reabilita Primeiro, Paga Depois” ou outros. (Carta Estratégica de Lisboa 2010/2024). Também através do IFRU- Instrumento Financeiro de Reabilitação e Revitalização Urbanas, estando em estudo: REF-Programa de Segurança sísmica e Aumento de Eficácia Energética e RE-HABITA LISBOA- Programa de Reabilitação de Devolutos.

O executivo da CML, no mandato anterior, apresentou no seu Programa do Governo da Cidade 2013/2017, a Reabilitação Urbana através de novas regras: (2013/2017, p.6): “Aprovámos uma estratégia de reabilitação urbana que incluiu regras claras, incentivos fiscais alargados, investimento municipal e comunitário nos espaços públicos e nos equipamentos; Demos nova vida a bairros esquecidos, de que a Mouraria foi um caso paradigmático; Mudámos o paradigma: 80% das licenças emitidas são para obras de reabilitação; Criámos novos programas para a reabilitação do parque

¹³⁶ Para informação mais pormenorizada sugerimos a leitura do Capítulo 2 do DEICS, 2014, pp.29-38;

habitacional municipal; Desenvolvemos modelos de participação de bairro com moradores e associações locais.”

Estratégia de Reabilitação Urbana

A reabilitação urbana de edifícios degradados foi uma estratégia política evidente, conforme atesta a “Estratégia de Reabilitação Urbana” (ERU Lisboa 2011-2024), um documento municipal que apresenta os instrumentos de incentivo à reabilitação previstos na Lei, bem como outros programas municipais e medidas direcionadas à reabilitação do edificado e dos espaços públicos da cidade. Este documento também identifica os locais com necessidade de uma intervenção mais profunda e integrada, não só de reabilitação, como de revitalização e requalificação do tecido urbano, com investimento público, tendo a possibilidade de desenvolver-se através de Operações de Reabilitação Urbana (ORU) sistemáticas, sendo necessário antes, delimitar-se a correspondente Áreas de Reabilitação Urbanas (ARU’s). As ARU’s são a operacionalização da reabilitação urbana do município e atribuem incentivos fiscais, redução e isenções de taxas, regime especial de reabilitação urbana, certificação de obra de reabilitação urbana e determinação do estado de conservação do imóvel.

Área de Reabilitação Urbana

A Área de Reabilitação Urbana (ARU) da Cidade está inserida no Regime Jurídico da Reabilitação Urbana (RJRU)¹³⁷ e tem argumentação na Estratégia de Reabilitação Urbana-2012/2024. A ARU foi aprovada em 2012 e alterada em 2015¹³⁸, para eliminar discrepâncias e reforçar a homogeneidade dos limites. Quase toda a área construída da cidade de Lisboa está integrada na ARU. Este Regime Jurídico tem por base as preocupações do estado degradado do edificado e do espaço público, bem como do envelhecimento da população, pelo que, para se adaptar a esta realidade da cidade, simplificou os procedimentos e atualmente permite aprovar a delimitação de uma ARU, sem ser necessária a aprovação da operação de reabilitação urbana. No entanto, impõe o período de três anos para a que operação de reabilitação urbana seja aprovada sendo possível ao município aprovar várias áreas de delimitação em simultâneo.

¹³⁷ Decreto –Lei n.º 307/2009, de 23 de outubro e teve alterações introduzidas pela Lei n.º 32/2012.

¹³⁸ Aprovada pela Assembleia Municipal de Lisboa pela Deliberação n.º 11/AML/2012 a 20 de março e a 31 de julho de 2015 foi publicada a alteração à delimitação da AU de Lisboa, pelo Aviso n.º 8391/2015.

A cada ARU corresponde uma Operação de Reabilitação Urbana (ORU) que pode ser simples ou sistemática, enquadradas pelos instrumentos de programação: Estratégia de Reabilitação Urbana (ERU) ou Programa de Reabilitação Urbana (PERU)), que é destacada da atual Área de Reabilitação Urbana de Lisboa. “A Operação e Reabilitação Urbana sistemática consiste numa intervenção integrada de reabilitação urbana de uma área, à reabilitação do edificado e à qualificação das infraestruturas, dos equipamentos e dos espaços verdes e urbanos de utilização coletiva, visando a requalificação e revitalização do tecido urbano, associada a uma programa de investimento.”¹³⁹

Para a Colina de Santana estão aprovadas duas ARU’s para Rua de São Lázaro (proposta n.º 625/2015 e para Rua das Barracas (Proposta n. 626/2015).

Programa de Ação Territorial

Os Programas de Ação Territorial (PAT) são instrumentos que estão consignados no disposto no art.º 121º do Regime Jurídico dos Instrumentos de Gestão Territorial (aprovado pelo Decreto –Lei, n.º 380/99, de 22 de setembro, com a redação que lhe foi dado pelo Decreto-Lei n.º 46/2009, de 20m Fevereiro, Pelo Decreto-lei n.º 2/2011, de 6 de janeiro e pela Lei n.º 64-B/2011, de 30 de dezembro). Foi aprovada a criação do PAT Colina de Santana através da proposta n.º 221/2014, de 21/5/2014, do município de Lisboa, com o objetivo de enquadrar a coordenação da atuação das entidades públicas e privadas quando envolvidas na definição da política do ordenamento do território ou na execução dos instrumentos de planeamento territorial. É o princípio da execução programada e coordenada do planeamento territorial que é posto em valor¹⁴⁰. Esta figura deixou de existir no Regime Jurídico, com a alteração ao RJGT em 2015, DL n.º 80/2015, de 14 de maio.

No site do município de Lisboa está disponível a informação abaixo transcrita:

“PROGRAMA DE AÇÃO TERRITORIAL PARA A COLINA DE SANTANA

¹³⁹ Memória Descritiva da ARU da Rua das Barracas, pág. 5;

¹⁴⁰ <http://www.cm-lisboa.pt/viver/urbanismo/reabilitacao-urbana/programa-de-acao-territorial-para-a-colina-de-santana>

Tendo em vista a intervenção na Colina de Santana, a requalificação deste território e o seu contributo para a regeneração do centro de Lisboa, e na sequência de diversos estudos de enquadramento e diagnóstico já elaborados, e do debate público já promovido pela Assembleia Municipal de Lisboa, a CML está a elaborar um Programa de Ação Territorial (PAT) para a Colina de Santana.

O principais objectivos deste PAT são:

- *Regenerar e reabilitar a Colina de Santana;*
- *Reabitar e rejuvenescer o centro de Lisboa;*
- *Promover a construção e /ou a reabilitação de habitações sociais e economicamente acessíveis (25% dos fogos);*
- *Proteger e valorizar o património histórico e arquitetónico;*
- *Promover a salvaguarda do património móvel de interesse cultural, testemunho da história hospitalar;*
- *Promover a valorização do Turismo cultural;*
- *Assegurar a abertura das antigas cercas hospitalares à cidade;*
- *Melhorar as condições de acessibilidade à Colina;*
- *Garantir que mais nenhum hospital feche sem estar a funcionar o novo hospital; Garantir serviços de saúde de proximidade;*
- *Promover a criação de condições para a instalação de novas atividades económicas e de serviços;*
- *Aprofundar a avaliação e monitorização dos riscos naturais e antrópicos;*
- *Desenvolver um projeto global de Eco Bairro em zona histórica.*

Para concretização deste PAT, contribuem não só os serviços municipais e os parceiros fundamentais, mas também outras entidades que atuam no território:

- *as Juntas de freguesia da área de intervenção (Arroios, Santo António e Santa Maria Maior),*
- *a Universidade Nova de Lisboa,*
- *a Universidade de Lisboa,*
- *o Ministério da Saúde,*
- *a Santa Casa da Misericórdia,*
- *a Sociedade Estamo,*
- *a Associação de Turismo de Lisboa*
- *e a Empresa Municipal de Estacionamento de Lisboa.*

Têm-se realizado diversas reuniões temáticas baseadas nos objetivos estabelecidos e focadas nos domínios e nos programas de intervenção, com vista a construírem-se as ações fundamentais à concretização dos objetivos. Esse grupo tem reunido quinzenalmente no quadro de um processo de decisão e concertação.

A equipa municipal, encarregue de assegurar a elaboração deste PAT, tem trabalhado num documento de execução, que aborda as várias vertentes da matéria: um enquadramento, o diagnóstico e as tendências, uma visão estratégica, as acções, a programação e a contratualização.

Os programas de ação territorial (PAT) são instrumentos que estão consignados no regime jurídico dos instrumentos de gestão territorial, com o objetivo de enquadrar a coordenação da atuação das entidades públicas e privadas quando envolvidas na definição da política do ordenamento do território ou na execução dos instrumentos de planeamento territorial. É o princípio da execução programada e coordenada do planeamento territorial que é posto em valor.

Paralelamente à execução deste PAT, e com vista à dinamização deste área e à sua regeneração, a CML entendeu realizar a próxima edição do Festival Todos, em 2015, na Colina de Santana.”

Programa Renda Acessível para Todos (PRA)

O Programa Renda Acessível foi aprovado em 2017 (Proposta 180/CM/2017 – Deliberação 168/AM/2017). Este programa será desenvolvido em 15 locais da cidade de Lisboa. Para a Colina de Santana estão previstos três locais: a Rua de São Lázaro e Paço da Rainha – Rua de Santa Bárbara (ou seja, a Rua as Barracas e o Cabeço da Bola) e Rua Gomes Freire.

O Programa recorre a parceiros privados, ou investidores no projeto assumem a construção (selecionados por concurso público), arrendamento e gestão das habitações com rendas acessíveis. A CML disponibiliza terrenos ou edifícios e financia a urbanização e equipamentos de apoio, como creches ou escolas. Está prevista a construção de 5 a 7 mil fogos de tipologias T0, T1 e T2 com rendas entre os 250 e os 450 euros mensais. Parte das casas serão vendidas, mas a propriedade dos terrenos das casas alugadas será da Câmara no final da concessão (mais ou menos 35 anos).

Por esse facto, o Plano de Ação Regional está fortemente articulado com a estrutura de Eixos Prioritários, Objetivos Temáticos e Prioridades de Investimento definidas nos Regulamentos que estruturam o Quadro Estratégico Comum 2014-2020 e comprometido com as prioridades europeias de crescimento inteligente (desenvolver uma economia baseada no conhecimento e na inovação), de crescimento sustentável (promover uma economia mais eficiente em termos de utilização dos recursos, mais ecológica e mais competitiva) e de crescimento inclusivo (fomentar uma economia com níveis elevados de emprego que assegura a coesão social e territorial). ¹⁴¹

O município de Lisboa apresentou um Plano Estratégico de Desenvolvimento Urbano (PEDU) ao Programa Operacional Regional Lisboa 2014-2020 (POR Lisboa 2020). Este plano é um instrumento de programação que tem por base a justificação dos contratos com os municípios e tem três Planos de Ação: Plano de (ação de) mobilidade urbana sustentável (PAMUS), Plano de Ação de Regeneração Urbana (PARU) e Plano de ação integrado para comunidades desfavorecidas (PAICD). Dentro do PARU o Município inscreveu, por exemplo, uma Ação para zona da Colina de Santana: núcleo da Rua da Barracas, na Prioridade e Investimento (PI) 6.5- *Adoção de medidas destinadas a melhorar o ambiente urbano, a revitalizar as cidades, recuperar e descontaminar zonas industriais abandonadas, incluindo zonas de reconversão, a reduzir a poluição do ar e a promover medidas de redução de ruído.*

¹⁴¹ <http://lisboa.portugal2020.pt/np4/20.html>

Anexo 8 – (DEICS) Potencialidades e Tendências na Colina de Santana na Reabilitação Urbana e intervenções Municipais

No Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana (DEICS) são apresentadas as potencialidades e as tendências de desenvolvimento com impacto na reabilitação do parque habitacional e quais as intervenções municipais previstas:

Programas municipais:

- Programa ‘Rehabita Lisboa’;
- Programa ‘RE9’;
- Apoio à diminuição do risco sísmico;
- Programa de Valorização do património municipal devolutos;
- Campanhas de sensibilização sobre as vantagens de reabilitação

Propostas de intervenção:

- 1) intervenção no património residencial municipal por parte o município (Rua das Barracas, Pátio da Moca, Rua Manuel Bento de Sousa, e Rua de São Lázaro);
- 2) identificação de edifícios municipais que possam servir para bolsas de realojamento temporário para apoio á reabilitação de edifícios;
- 3) identificação de possíveis localizações para equipamentos e soluções residenciais coletivas (residências estudantes ou apoio à terceira idade);
- 4) apoio à reabilitação de fogos que não tem instalações sanitárias;
- 5) identificação de áreas com potencial para transformação e procura de parcerias para usos de habitação, de equipamentos e espaço públicos numa lógica de envolver sempre as áreas circundantes;
- 6) reabilitação dos grandes eixos: Av. da Liberdade e da Av. Almirante Reis, considerando a aumentar e valorizar a valência residencial;
- 7) identificar os limites das áreas características homogéneas para promover programas de intervenção específicos.

Anexo 9 – Sínteses de Ações do DEICS

QUADRO 14.1- SÍNTESE DE AÇÕES

UNIDADE	DOMÍNIO	AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
UNIDADE 01 - São José	Ambiente e paisagem	Requalificação da Rua Manuel Bento de Sousa/Rua de São Lázaro, até à Travessa do Hospital	Estamo
		Requalificação dos Largos do Mastro e da Escola Municipal	Estamo
	Acessibilidades	Instalação de 3 elevadores de acesso público, peões/bicicletas	Estamo
		Construção do troço da Rede Ciclável entre a Rua do Instituto Bacteriológico e a Praça Martim Moniz	Estamo
	Património Cultural	Refuncionalização e reabilitação dos edifícios de valor patrimonial	Estamo
UNIDADE 02 - Miguel Bombarda	Equipamentos coletivos	Galeria de exposições (Panóptico)	CML/Ministério da Cultura/Ministério da Saúde
	Ambiente e paisagem	Requalificação da Rua Gomes Freire, do espaço público do Paço da Rainha/Largo e Calçada do Conde Pombeiro, Largo do Mitelo, Rua Júlio de Andrade, Tv. do Torel, Tv. do Forno do Torel, Cç. do Lavra, Beco de S. Luís da Pena, Largo do Convento da Encarnação e Beco do Índia	Estamo
	Acessibilidades	Instalação de 2 elevadores de acesso público, peões/bicicletas	Estamo
		Construção do troço da Rede Ciclável na Rua Gomes Freire entre a Praça José Fontana e o Campo dos Mártires da Pátria	Estamo
		Construção de parque de estacionamento (ou "garagem coletiva") no Largo de Santa Bárbara	Estamo
	Património Cultural	Refuncionalização e reabilitação dos edifícios de valor patrimonial	Estamo
UNIDADE 03 - Capuchos	Ambiente e paisagem	Requalificação do espaço público do Campo dos Mártires da Pátria, Alameda de Stº António dos Capuchos e Calçada de Stº António	Estamo
		Requalificação do Jardim dos Sabores	Estamo
	Acessibilidades	Instalação de 1 elevador de acesso público, peões/bicicletas	Estamo
		Construção do troço da Rede Ciclável no Campo Mártires da Pátria	Estamo
		Supressão do tráfego de atravessamento no Campo dos Mártires da Pátria	Estamo
UNIDADE 04 - Desterro	Património Cultural	Refuncionalização e reabilitação dos edifícios de valor patrimonial	Estamo
	Equipamentos coletivos	Espaços culturais, comerciais, e criativos, e habitações temporárias e hortas	Protocolo entre CML/Estamo/Mainside
	Património Cultural	Refuncionalização e reabilitação dos edifícios de valor patrimonial	Estamo

UNIDADE	DOMÍNIO	AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
UNIDADE 05 - Santa Marta	Ambiente e paisagem	Requalificação dos arruamentos do Bairro Andaluz	Estamo
	Acessibilidades	Instalação de 1 elevador de acesso público, peões/bicicletas	Estamo
	Património Cultural	Refuncionalização e reabilitação dos edifícios de valor patrimonial	Estamo
FORA DAS UNIDADES	Equipamentos coletivos	EBI+JI do Cabeço da Bola	Ministério da Educação e Ciência/CML
	Ambiente e paisagem	Requalificação de um conjunto de pequenos jardins e largos dispersos no território	CML
		Requalificação do espaço público da Rua das Barracas	CML
		Promover a integração dos logradouros do Ateneu Comercial e do Palácio Sousa Leal (Palácio dos CTT) na rede de espaços de utilização coletiva	CML
		Valorização de uma rede de percursos pedonais de interesse local e turístico	CML
	Acessibilidades	Requalificação do eixo Portas de Stº Antão/São José	CML
	Património Cultural	Valorização dos edifícios do eixo Portas de Stº Antão/São José	CML/Privados
	Áreas a reabilitar	Criação de bolsa(s) de realojamento	CML
		Melhoria das condições de habitabilidade	CML
		Rua das Barracas/Cabeço da Bola	CML/Fenache
		Pátio do Moca	CML
		Gaveto da Rua Manuel Bento de Sousa	CML/ Privados
		Rua de São Lázaro	CML/PSP
		Ateneu Comercial de Lisboa (espectável)	Ateneu
		Palácio CTT (espectável)	CTT
		Antigas Instalações do Patriarcado (espectável)	Privados
		Terreno municipal edificável (espectável)	CML
		Antiga Reitoria da UTL (espectável)	Privados
		Hospital de São Lázaro (espectável)	Estamo
		Reabilitação do edificado (ARU)	CML/Privados
	Eficiência ambiental	Remodelação da Iluminação Pública com incorporação de soluções energeticamente mais eficientes	CML
		Melhoria do sistema existente de recolha seletiva em sacos, porta-a-porta	CML

UNIDADE	DOMÍNIO	AÇÃO	ENTIDADE RESPONSÁVEL
LOCALIZAÇÃO A DEFINIR	Equipamentos coletivos	Museu da Medicina	CML/Ministério da Saúde/Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa/Ministério da Cultura.
		2 Unidades de Cuidados Primários	Ministério da Saúde
		Unidade de Cuidados Continuados	Ministério da Saúde / Missão para os Cuidados Continuados de Saúde
		Estrutura Residencial para Idosos	CML / Ministério da Solidariedade e da Segurança Social
		Arquivo Municipal	CML
		2 Salas de Desporto *	CML
		1 Tanque de Aprendizagem *	CML
		Creche + Centro de Dia **	CML
		Creche + Centro de Dia	CML

* Concretização dependente de protocolo a estabelecer com a Academia Militar para abertura dos seus equipamentos desportivos a toda a população

** Equipamento a executar no âmbito do Processo 405/DPUR/DIV/10, Rua D.ª Estefânia, n.º 14-16. Caso este processo não se concretize, mantêm-se estas carências na área da Colina, exigindo localização alternativa

Fonte: Documento Estratégico de Intervenção da Colina de Santana, 2014, p. 425-427;

Anexo 10 – Variáveis do Processo de Regeneração Urbana da Colina de Santana

Lista Variáveis

- 1: Encerramento das instalações hospitalares na C.S. (A)
- 2: População envelhecida atual residente na C.S. (A)
- 3: Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.) (A)
- 4: Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar (A)
- 5: Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S. (A)
- 6: Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S. (A)
- 7: Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)
- 8: Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado (A)
- 9: Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S. (A)
- 10: Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)
- 11: Construção de meios mecânicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes,...), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes clicáveis (P)
- 12: Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)
- 13: Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)
- 14: Aumento da população residente na C.S. (P)
- 15: Criação de novos empregos na C.S. (P)
- 16: Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)
- 17: Preservação da totalidade do edificado dos hospitais (P)
- 18: Preservação do edificado patrimonial dos hospitais (P)
- 19: Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)
- 20: Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (P)
- 21: Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
- 22: Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
- 23: Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
- 24: Criação de um Museu da Saúde no Hospital dos Capuchos (A)
- 25: Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)
- 26: Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)
- 27: Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais (A)
- 28: Resultado da análise do Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar (A)
- 29: Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais (A)
- 30: Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais (A)
- 31: Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (A)

(A)– variável Atual (P) – variável Potencial

Total de variáveis= 31

Total variáveis (A) = 14

Total variáveis (P) = 17

Anexo 11 – Matrizes Relação entre Variáveis - Atual e Potencial – Diretas e Indiretas

Matriz Actual – Relações Diretas	V. 1	V. 2	V. 3	V. 4	V. 5	V. 6	V. 7	V. 8	V. 9	V. 10	V. 11	V. 12	V. 13	V. 14	V. 15	V. 16
1 : Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0
2 : População envelhecida actual residente na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
4 : Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 : Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
6 : Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 : Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
9 : Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 : Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 : Construção de meios mecânicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 : Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 : Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 : Aumento da população residente na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 : Criação de novos empregos na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 : Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 : Reabilitação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 : Reabilitação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 : Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 : Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 : Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22 : Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 : Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24 : Existência de um Museu da Saúde no Hospital Santo António dos Capuchos (2017)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
25 : Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 : Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 : Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0
28 : Avaliação pelo Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar - criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
29 : Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
30 : Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
31 : Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1

Matriz Actual – Relações Diretas (Continuação)	V. 17	V. 18	V. 19	V. 20	V. 21	V. 22	V. 23	V. 24	V. 25	V. 26	V. 27	V. 28	V. 29	V. 30	V. 31
1 : Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
2 : População envelhecida actual residente na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4 : Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5 : Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
6 : Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
7 : Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
9 : Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 : Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 : Construção de meios mecânicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 : Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 : Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 : Aumento da população residente na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 : Criação de novos empregos na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 : Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 : Reabilitação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 : Reabilitação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 : Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 : Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 : Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22 : Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 : Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24 : Existência de um Museu da Saúde no Hospital Santo António dos Capuchos (2017)	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
25 : Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 : Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 : Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
28 : Avaliação pelo Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar - criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
29 : Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
30 : Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1
31 : Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0

Matriz Actual – Relações Indiretas

	V. 1	V. 2	V. 3	V. 4	V. 5	V. 6	V. 7	V. 8	V. 9	V. 10	V. 11	V. 12	V. 13	V. 14	V. 15	V. 16
1 : Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	0	0	0	0	2	2	2	0	0	78	78	76	76	76	76	76
2 : População envelhecida actual residente na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	8	8	8	8	8	8
4 : Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	29	29	29	29	29	29	29
5 : Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	0	0	0	0	0	1	1	0	0	46	46	45	45	45	45	45
6 : Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	45	45	45	45	45	45	45
7 : Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	0	0	0	0	1	1	1	0	0	63	63	62	62	62	62	62
9 : Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	0	0	0	0	1	1	1	0	0	35	35	34	34	34	34	34
10 : Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 : Construção de meios mecânicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 : Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 : Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 : Aumento da população residente na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 : Criação de novos empregos na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 : Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 : Reabilitação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 : Reabilitação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 : Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 : Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 : Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22 : Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 : Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24 : Existência de um Museu da Saúde no Hospital Santo António dos Capuchos (2017)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 : Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 : Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 : Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	0	0	0	0	5	6	6	0	0	135	135	129	129	129	129	129
28 : Avaliação pelo Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar - criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	0	0	0	0	1	1	1	0	0	31	31	30	30	30	30	30
29 : Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16	16	16	16	16	16
30 : Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16	16	16	16	16	16
31 : Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	16	16	16	16	16	16

Matriz Actual – Relações Indiretas (Continuação)

	V. 17	V. 18	V. 19	V. 20	V. 21	V. 22	V. 23	V. 24	V. 25	V. 26	V. 27	V. 28	V. 29	V. 30	V. 31
1 : Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	76	76	76	76	76	76	76	0	76	76	0	0	55	55	54
2 : População envelhecida actual residente na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	8	8	8	8	8	8	8	0	8	8	0	0	5	5	6
4 : Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	29	29	29	29	29	29	29	0	29	29	0	0	20	20	21
5 : Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	45	45	45	45	45	45	45	0	45	45	0	0	31	31	31
6 : Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	45	45	45	45	45	45	45	0	45	45	0	0	31	31	31
7 : Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	62	62	62	62	62	62	62	0	62	62	0	0	44	44	42
9 : Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	34	34	34	34	34	34	34	0	34	34	0	0	25	25	24
10 : Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 : Construção de meios mecânicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 : Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 : Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 : Aumento da população residente na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 : Criação de novos empregos na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 : Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 : Reabilitação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18 : Reabilitação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19 : Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 : Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21 : Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22 : Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23 : Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24 : Existência de um Museu da Saúde no Hospital Santo António dos Capuchos (2017)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 : Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 : Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 : Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	129	129	129	129	129	129	129	0	129	129	0	0	97	97	97
28 : Avaliação pelo Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar - criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	30	30	30	30	30	30	30	0	30	30	0	0	22	22	22
29 : Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	16	16	16	16	16	16	16	0	16	16	0	0	10	11	11
30 : Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	16	16	16	16	16	16	16	0	16	16	0	0	11	10	11
31 : Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	16	16	16	16	16	16	16	0	16	16	0	0	11	11	10

Matriz Potencial – Relações Diretas

	V. 1	V. 2	V. 3	V. 4	V. 5	V. 6	V. 7	V. 8	V. 9	V. 10	V. 11	V. 12	V. 13	V. 14	V. 15	V. 16
1 : Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0
2 : População envelhecida actual residente na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
4 : Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 : Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0
6 : Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 : Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 : Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
9 : Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 : Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
11 : Construção de meios mecanicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ...), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1
12 : Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1
13 : Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
14 : Aumento da população residente na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1
15 : Criação de novos empregos na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
16 : Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
17 : Reabilitação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
18 : Reabilitação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
19 : Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
20 : Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
21 : Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
22 : Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
23 : Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
24 : Existência de um Museu da Saúde no Hospital Santo António dos Capuchos (2017)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
25 : Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 : Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
27 : Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0
28 : Avaliação pelo Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar - criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
29 : Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
30 : Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1
31 : Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1

Matriz Potencial – Relações Diretas (Continuação)	V. 17	V. 18	V. 19	V. 20	V. 21	V. 22	V. 23	V. 24	V. 25	V. 26	V. 27	V. 28	V. 29	V. 30	V. 31
1 : Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
2 : População envelhecida actual residente na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4 : Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5 : Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
6 : Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
7 : Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
8 : Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
9 : Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 : Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 : Construção de meios mecanicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12 : Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13 : Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14 : Aumento da população residente na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 : Criação de novos empregos na C.S. (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 : Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17 : Reabilitação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
18 : Reabilitação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
19 : Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
20 : Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
21 : Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
22 : Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
23 : Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
24 : Existência de um Museu da Saúde no Hospital Santo António dos Capuchos (2017)	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
25 : Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
26 : Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27 : Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0
28 : Avaliação pelo Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar - criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
29 : Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1
30 : Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1
31 : Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0

Matriz Potencial – Relações Indiretas

	V. 1	V. 2	V. 3	V. 4	V. 5	V. 6	V. 7	V. 8	V. 9	V. 10	V. 11	V. 12	V. 13	V. 14	V. 15	V. 16
1 : Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	0	0	0	519	185	33	33	0	434	2786	3817	1988	1988	1988	3757	4492
2 : População envelhecida actual residente na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	0	0	0	75	26	4	4	0	63	401	550	282	282	282	539	649
4 : Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	0	0	0	129	44	5	5	0	108	654	892	468	468	468	890	1071
5 : Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	0	0	0	321	105	18	18	0	273	1701	2336	1204	1204	1204	2282	2737
6 : Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	0	0	0	275	96	13	13	0	230	1408	1932	996	996	996	1916	2313
7 : Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	0	0	0	223	75	11	11	0	188	1136	1553	807	807	807	1543	1857
8 : Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	0	0	0	314	107	15	15	0	264	1642	2257	1167	1167	1167	2225	2672
9 : Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	0	0	0	77	23	3	3	0	66	382	513	279	279	279	517	615
10 : Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	0	0	0	49	26	1	1	0	36	444	616	341	341	341	575	647
11 : Construção de meios mecanicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)	0	0	0	24	7	2	2	0	21	293	398	222	222	222	340	380
12 : Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	0	0	0	22	7	2	2	0	19	271	377	206	206	207	320	356
13 : Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	0	0	0	6	4	0	0	0	4	98	140	76	76	76	120	132
14 : Aumento da população residente na C.S. (P)	0	0	0	24	7	2	2	0	21	293	399	222	222	221	340	380
15 : Criação de novos empregos na C.S. (P)	0	0	0	16	3	2	2	0	15	173	238	130	130	130	200	224
16 : Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	0	0	0	4	2	0	0	0	3	62	90	48	48	48	76	82
17 : Reabilitação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	0	0	0	115	55	8	8	0	89	716	991	524	524	524	973	1148
18 : Reabilitação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	0	0	0	158	66	10	10	0	127	909	1265	642	642	642	1247	1483
19 : Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	0	0	0	202	71	19	19	0	171	1259	1723	895	895	895	1639	1941
20 : Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	0	0	0	178	57	18	18	0	154	1113	1522	776	776	776	1429	1702
21 : Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	57	20	4	4	0	48	299	412	197	197	197	410	506
22 : Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	109	45	7	7	0	88	587	809	418	418	418	827	1000
23 : Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	0	0	0	109	45	7	7	0	88	587	809	418	418	418	827	1000
24 : Existência de um Museu da Saúde no Hospital Santo António dos Capuchos (2017)	0	0	0	97	32	8	8	0	83	472	648	314	314	314	658	819
25 : Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	0	0	0	55	18	4	4	0	47	259	362	162	162	162	360	449
26 : Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	0	0	0	43	14	4	4	0	37	224	304	157	157	157	308	381
27 : Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	0	0	0	531	187	32	32	0	444	2844	3875	2056	2056	2055	3818	4536
28 : Avaliação pelo Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar - criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	0	0	0	158	55	10	10	0	133	833	1141	589	589	589	1123	1349
29 : Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	0	0	0	372	142	26	26	0	307	2145	2958	1514	1514	1514	2874	3440
30 : Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	0	0	0	372	142	26	26	0	307	2145	2958	1514	1514	1514	2874	3440
31 : Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	0	0	0	372	142	26	26	0	307	2145	2958	1514	1514	1514	2874	3440

Matriz Potencial – Relações Indiretas (Continuação)

	V. 17	V. 18	V. 19	V. 20	V. 21	V. 22	V. 23	V. 24	V. 25	V. 26	V. 27	V. 28	V. 29	V. 30	V. 31
1 : Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	576	1508	543	1763	1920	1775	1775	0	1408	858	0	0	147	147	221
2 : População envelhecida actual residente na C.S.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 : Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	73	207	67	244	269	249	249	0	196	114	0	0	11	11	24
4 : Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	147	380	144	436	477	439	439	0	348	219	0	0	36	36	52
5 : Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	351	918	329	1067	1169	1080	1080	0	847	525	0	0	73	73	125
6 : Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	289	790	278	916	1011	933	933	0	740	443	0	0	59	59	98
7 : Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	252	656	244	751	828	763	763	0	604	376	0	0	60	60	89
8 : Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	342	909	329	1057	1153	1063	1063	0	841	517	0	0	74	74	118
9 : Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	110	246	110	271	294	269	269	0	212	152	0	0	37	37	43
10 : Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	45	125	41	196	148	135	135	0	111	72	0	0	11	11	20
11 : Construção de meios mecanicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ...), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)	22	42	11	87	50	46	46	0	27	30	0	0	3	3	6
12 : Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	20	40	11	85	48	44	44	0	27	28	0	0	3	3	6
13 : Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	4	12	4	32	12	10	10	0	8	8	0	0	0	0	2
14 : Aumento da população residente na C.S. (P)	22	42	11	87	50	46	46	0	27	30	0	0	3	3	6
15 : Criação de novos empregos na C.S. (P)	16	28	7	53	36	34	34	0	19	20	0	0	3	3	4
16 : Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	3	7	2	19	7	6	6	0	4	5	0	0	0	0	1
17 : Reabilitação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	110	327	107	421	423	394	394	0	326	178	0	0	31	31	49
18 : Reabilitação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	149	447	141	552	596	564	564	0	462	245	0	0	34	34	57
19 : Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	218	568	190	697	740	688	688	0	538	323	0	0	58	58	87
20 : Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	192	495	166	604	654	612	612	0	473	287	0	0	47	47	73
21 : Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	50	164	48	193	230	220	220	0	179	88	0	0	6	6	15
22 : Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	100	326	93	389	435	402	403	0	332	162	0	0	20	20	37
23 : Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	100	326	93	389	435	403	402	0	332	162	0	0	20	20	37
24 : Existência de um Museu da Saúde no Hospital Santo António dos Capuchos (2017)	87	286	77	324	399	374	374	0	301	143	0	0	12	12	26
25 : Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	49	159	46	178	226	216	216	0	174	85	0	0	6	6	14
26 : Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	39	128	31	147	175	159	159	0	126	59	0	0	6	6	12
27 : Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	647	1576	624	1827	1955	1805	1805	0	1430	935	0	0	193	193	264
28 : Avaliação pelo Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar - criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	169	453	158	526	581	537	537	0	424	255	0	0	37	37	62
29 : Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	353	1030	322	1260	1360	1268	1268	0	1012	562	0	0	68	69	126
30 : Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	353	1030	322	1260	1360	1268	1268	0	1012	562	0	0	69	68	126
31 : Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades	353	1030	322	1260	1360	1268	1268	0	1012	562	0	0	69	69	125

Anexo 11A – Sistema Atual Versus Sistema Potencial Classificação MIC-MAC (dados standardizados)

COLINA DE SANTANA - SISTEMA ACTUAL <i>VERSUS</i> SISTEMA POTENCIAL - CLASSIFICAÇÃO MICMAC (DADOS STANDARDIZADOS)	
VARIÁVEIS MOTRIZES	VARIÁVEIS LIGAÇÃO
27. Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	
VARIÁVEIS EXCLUÍDAS	VARIÁVEIS DEPENDENTES
2. População envelhecida actual residente na C.S.	10. Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)
3. Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	11. Construção de meios mecanicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ..), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento), alteração do esquema de circulação viária e promoção de ligações pedonais e redes cicláveis (P)
7. Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	12. Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)
24. Existência de um Museu da Saúde no Hospital dos Capuchos (2017)	13. Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)
	14. Aumento da população residente na C.S. (P)
	15. Criação de novos empregos na C.S. (P)
	16. Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)
	17. Preservação da totalidade do edificado dos hospitais (P)
	18. Preservação do edificado patrimonial dos hospitais (P)
	19. Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)
	20. Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (P)
	21. Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
	22. Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
	23. Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)
	25. Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)
	26. Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)
	29. Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais
	30. Medidas municipais para o zona da C.S. após o encerramento dos hospitais
	31. Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana (grupo de trabalho de iniciativa municipal) em parceria com entidades locais para apoio ao período que decorre do encerramento dos hospitais à definição das novas funcionalidades
V. PELOTÃO	
1. Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	
4. Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	
5. Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	
6. Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	
8. Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	
9. Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	
28. Avaliação pelo grupo de trabalho criado para avaliar a gestão hospitalar nacional (2011)	

Anexo 12 – Relação Variáveis Vs Atores

Variáveis	Atores																		
	ARSLVT	AHGPC-CHLC	AML	Bsoares-PAT-	CML-DPE	CHLC	DCPC	Estamo	Francisco Cal	Illobo-PUCS	ICOMOS	ICOM	JF Aroios	JF SMMaio	JF Santóio	MS	Patriarcado Lx	Companhia de Jesus	SCML
1:Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	x					x										x			
2: População envelhecida actual residente na C.S.			x		x									x	x	x			
3: Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)			x		x	x													
4: Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar			x		x									x	x	x			
5: Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.			x	x	x									x	x	x			
6: Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.			x	x	x									x	x	x			
7: Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)			x	x	x			x	x					x	x	x			
8: Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado				x	x	x								x	x	x			
9: Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	x					x										x			
10: Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)			x	x	x		x	x	x	x				x	x	x			x
11: Construção de meios mecânicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ...), aumento de estacionamento (construção de parques de estacionamento),			x	x	x		x	x	x	x				x	x	x			x
12: Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)			x	x	x					x				x	x	x			
13: Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	x		x	x	x	x		x						x	x	x	x		
14: Aumento da população residente na C.S. (P)			x	x	x			x						x	x	x			x
15: Criação de novos empregos na C.S. (P)			x	x	x			x						x	x	x			
16: Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)		x	x	x	x			x						x	x	x			x
17: Preservação da totalidade do edificado dos hospitais (P)		x	x	x	x		x	x	x	x	x			x	x	x			
18: Preservação do edificado patrimonial dos hospitais (P)		x	x	x	x		x	x	x	x	x			x	x	x			
19: Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	x		x			x	x	x	x	x							x		
20: Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	x		x			x	x	x	x	x							x	x	x
21: Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)		x	x	x	x	x											x	x	x
22: Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)		x		x		x					x	x							
23: Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)		x	x	x	x	x		x	x				x				x		
24: Criação de um Museu da Saúde no Hospital dos Capuchos		x	x	x	x	x		x	x				x				x		
25: Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)		x	x	x	x	x		x	x				x				x		
26: Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)						x		x	x								x	x	
27: Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais																	x		
28: Resultado da análise do Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar																	x		
29: Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais																	x		
30: Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais			x		x														
31: Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana		x	x	x	x			x	x					x	x	x	x		x

Legenda

Atores entrevistados

Atores não entrevistados

Legenda

	Atores entrevistados
	Atores não entrevistados

Anexo 13 - Lista de Atores entrevistados

1. Assembleia Municipal de Lisboa (AML) – Dr. Rui Paulo Fernandes (Presidente)
2. Administradora Hospitalar do Gabinete do Património Cultural do CHLC (AHGPC-CHLC) – Dra. Célia Pilão;
3. Atelier Bruno Soares Arquitectos - BSoares (PAT- Contributos) – Arq. Bruno Soares, Arq. Bruno Lamas e Arq. Pedro Trindade;
4. Atelier Inês Lobo Arquitectos- Arq. Inês Lobo;
5. CML- Departamento de Projetos Estruturantes (CML-DPE) – Arq. Eduardo Campelo (Diretor do Departamento de Projetos Estruturantes);
6. Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) - Dr. António Nunes (Conselho de Administração do CHLC) e Dra. Célia Pilão (Administradora Hospitalar Gabinete Património Cultural);
7. Comissão Nacional Portuguesa do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios (ICOMOS) – Dra. Soarya Genin (Presidente)
8. Comissão Nacional Portuguesa do Internacional Council of Museums (ICOM) - Dr. José Alberto Ribeiro (Presidente)
9. Direcção-Geral de Património Cultural (DCPC) - Arq. Carlos Bessa (Chefe da Divisão de Salvaguarda do Património Arquitectónico e Arqueológico);
10. Estamo- Participações Imobiliárias, SA. (Estamo) – (falei ao telefone algumas vezes) Arq. Miguel Neves (técnicos dos quadros da empresa Estamo);
11. Junta de Freguesia de Arroios (JFArroios) Dra. Margarida Martins (Presidente)
12. Patriarcado de Lisboa (Patriarcado Lx.) – Padre José Cruz – Capelão da Igreja do Hospital de Santo António dos Capuchos);

Anexo 14 - Guião da entrevista

Atores da Colina de Santana

Guião de entrevista

Entidade: Nome: Cargo do entrevistado: Dia: Hora: Local: Gravação: Notas:

- 1. Apresentação da pesquisa e dos objetivos do presente trabalho**
- 2. Participação, Objetivos gerais e específicos, e Recursos utilizados no processo de Regeneração da CS.**
 - 2.1.** Quais são os principais desafios que a zona das CS têm que seja necessário pensar estrategicamente?
 - 2.2.** Que objetivos específicos têm para a Colina de Santana em relação
 - 2.2.1.** na área do edificado dos hospitais;
 - 2.2.2.** na área da saúde;
 - 2.2.3.** na área do património (material e imaterial- saúde, religioso, documentação, etc);
 - 2.2.4.** na área da ciência e do ensino;
 - 2.2.5.** na área da mobilidade urbana (Transportes públicos, estacionamento, etc;
 - 2.2.6.** na área populacional (residente e população nova);
 - 2.3.** Recursos de atuação
 - 2.3.1.** Quais são os meios de acção/ instrumentos que dispõe para concretizar os objetivos para a C.S.? (por área)
- 3. Que parceiros (actores) ou contactos teve no decorrer do processo de Regeneração da CS.**
 - 3.1.** Teve ou tem parceiros para elaboração destes instrumentos? Se si, quais? Em que áreas?
 - 3.2.** Que atores considera com competências para desenvolver uma estratégia para a Colina de Santana?
 - 3.3.** A sua entidade teve algum tipo de participação na elaboração dessa estratégia? Se sim de que tipo?
- 4. Obstáculos**
 - 4.1.** Quais são os principais obstáculos que têm encontrado para concretizar os seus objetivos;
- 5. Outras questões**
 - 5.1.** Conhece a delimitação da C.S.? Concorda com essa delimitação?
 - 5.2.** O Novo Hospital o que sabe sobre o assunto?

Muito obrigada pelo tempo despendido!

Anexo 15 – Quadros da Estratégia de Atores

Quadro X1– Quadro de Estratégia de Atores do Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC)

Quadro X2 – Quadro de Estratégia de Atores da Quadro de Estratégia de Atores da Assembleia Municipal de Lisboa (AML)

Quadro X3 –Quadro de Estratégia de Atores da Câmara Municipal de Lisboa-Departamento de Projetos Estruturantes (CML-DPE)

Quadro X4 – Quadro de Estratégia de Atores da Junta de Freguesia de Arroios (JFArroios)

Quadro X5 – Quadro de Estratégia de Atores da Direção-Geral de Património (DGPC)

Quadro X6 – Quadro de Estratégia de Atores da Estamo

Quadro X7 – Quadro de Estratégia de Atores do Atelier Inês Lobo Arquitetos – (Projeto Urbano da Colina de Santana– Estamo)

Quadro X8 – Quadro de Estratégia de Atores do Atelier Bruno Soares Arquitetos - (BSoares-PAT – Contributos)

Quadro X9 – Quadro de Estratégia de Atores da Comissão Nacional da Portuguesa do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios (ICOMOS)

Quadro X10 – Quadro de Estratégia de Atores da Comissão Nacional da Portuguesa do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios (ICOM)

Quadro X11 – Quadro de Estratégia de Atores da Administradora Hospital do Gabinete do Património Cultural do Centro Hospitalar Lisboa Central (AHGPC-CHLC)

Quadro X12 – Patriarcado de Lisboa (Patriarcado Lx.) – Padre José Cruz – Capelão da Igreja do Hospital de Santo António dos Capuchos);

Quadro X1– Quadro de Estratégia de Atores do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC)

Actores Actores	CHULC	Ministério da Saúde	ARSLVT	CML	JFArroios	DGPC	Estamo
Centro Hospitalar Lisboa Central (CHULC)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manter no novo hospital a mesma cultura que existe desde sempre nos hospitais CHULC, de exemplar assistência à população; · Que o novo hospital tenha lógicas financeiras mais eficientes; · Que o novo hospital contemple um espaço Museológico para preservar história da saúde/medicina; · Que o novo hospital mantenha a ligação entre as faculdades; · Que todos os hospitais da Colina de Santana (CS) fechem quando abrir o HLO, no sentido de uma melhor gestão dos recursos existentes; · Que o Hospital de São José fique ligado à área da saúde; <p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Competência de gestão hospitalar de todos os hospitais do CHLC, nomeadamente os investimentos e a área assistencial; · A assistência médica ultrapassa as fronteiras da cidade de Lisboa; · O CHLC tem o conhecimento científico reconhecido; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pouca duração da nomeação dos Conselhos de Administração (3 anos); · Não tem muita informação sobre o data do encerramento dos hospitais nem construção do novo hospital; · Não tem informação sobre o que o Ministério da Saúde tem previsto de Equipamentos de Saúde para esta zona; · Os Conselhos de Administração do Centro Hospitalar não têm competência na área do património; · Os edifícios dos hospitais estão muito degradados e a manutenção diária é muito dispendiosa e de difícil gestão; · Não sabe se o CHLC será ouvido aquando da decisão de fecho dos Hospitais e possibilidade de algum deles ficar na área da saúde; · Não sabe se o CHLC acompanhará a Processo de saída dos hospitais com pessoas com experiência e conhecimento deste CHLC; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Decisão sobre avanço do concurso para construção do Novo Hospital; · Decisão sobre encerramento total ou parcial dos vários hospitais na CS; · Decisão sobre o espólio material e imaterial científico e religioso o que fazer com este espólio; · Conhecimento profundo do que existe e das necessidades locais em termos de saúde; · Decidir se o CHLC acompanhará a Processo de saída dos hospitais com pessoas com experiência e conhecimento deste CHLC; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que o Ministério da Saúde decida a construção do novo hospital; · Que o Ministério tome decisões sobre o espólio religioso material e imaterial do CHLC, encontrando parceiros que apoiem esse trabalho; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Entidade responsável por todos os equipamentos de saúde em Lisboa: hospitais, Centros de Saúde, Centros de Cuidados Continuados; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que a ARSLVT abra mais Centros de Saúde na zona da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Competência do Planeamento Urbano; · Conhecimento o profundo do que existe e das necessidades locais nas diferentes áreas; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que o município planeie a regeneração da zona envolvente aos hospitais, depois da desativação ; 	<p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que a JFArroios pressione as entidades responsáveis para construção de mais Centros de Saúde na zona da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Competência na área do património; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que o DGPC defenda a manutenção do património existente nos hospitais; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Proprietária dos hospitais do CHLC;

Quadro X2 – Quadro de Estratégia de Atores da Quadro de Estratégia de Atores da Assembleia Municipal de Lisboa (AML)

Actores Actores	AML	Ministério da Saúde	ARSLVT	CML	JFArroios	ICOMOS	ICOM
Assembl eia Municipa l de Lisboa (AML)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que o assunto Colina de Santana (CS) volte a estar na actualidade em todas as áreas e não por sectores; · Reinício dos trabalhos da Comissão de Acompanhamento do processo regeneração no território da Colina de Santana (está parada desde Outubro de 2017); · Continuação do processo de regeneração no território da CS por sectores e áreas mesmo em pequena escala; · Desenvolver soluções de mobilidade no território da CS: transportes públicos, estacionamento, etc; · Abrir à população as cercas dos conventos/hospitais porque são locais que sempre estiveram vedados; · Impedir a degradação do Património existente nos hospitais da Colina de Santana; <p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Respostas concertadas entre todas as formas políticas representadas na AML; · Competência de votação/ decisão das propostas apresentadas pela CML sobre assuntos na área da CS; · Meios de fiscalização sobre o Executivo Municipal; · Meios de fiscalização à execução da Deliberação n.º 65/AML/2014; · Competência para contactar entidades intervenientes no processo de regeneração do território da CS, com capacidade de decisão e/ou de pressão: Administração Central, Administração Local, empresas, Universidades, Organismo sem fins lucrativos, etc.; · Organização de Debates abertos à população e entidades de todos os sectores; · Decisão de reinício dos trabalhos de Comissão de Acompanhamento do processo de regeneração no território da CS; · A certa altura a AML podia não ter permitido ceder um terreno ao Ministério da Saúde para construção do novo hospital. <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · O assunto da CS não está na atualidade; · A Comissão Acompanhamento a este processo na AML está sem funções desde últimas eleições Out/2017; · Falta de consenso entre forças políticas sobre alguns assuntos; · Não avanço das Operações Reabilitação Urbana Sistemática programadas para a CS; · Não avanço por parte da CML o Programa de Renda Acessível (PRA) para a CS; · As decisões políticas são para a Cidade e não orientadas para a CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Decisão sobre avanço do concurso para construção do Hospital Lisboa Oriental (HLO); · Decisão sobre encerramento total ou parcial dos vários hospitais na CS; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Diálogo com Administração Local e outras entidades envolvidas neste processo; · Decisões concretas na área dos equipamentos de Saúde para a CS e cidade Lisboa; · Decisões concretas sobre o HLO; · Que os hospitais do CHLC não fechem sem que o HLO esteja em funções; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Competência para assinar protocolos entre CML e sobre Centros de Saúde; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Diálogo com Administração Local e outras envolvidas; · Decisões concretas na área dos Equipamentos de Saúde para a CS e Cidade Lisboa; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Apresentar propostas nas diversas áreas do processo de regeneração para a zona da colina de Santana; · Celebração de protocolos com CML e entidades locais sobre várias áreas: Desporto, Cultural, etc; · Acesso mais facilitado à População para percepção dos problemas existentes · Acesso mais facilitado para distribuição de informação; · Divulgação da informação e esclarecimento de dúvidas à população sobre a Colina de Santana; · Aumento de protocolos entre a Junta de Freguesia e entidade locais para benefício da população; · Manutenção e aumento das parcerias entre a Junta e outras entidades (públicas e privadas) para arranjos dos Espaços Verdes; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Aumento das intervenções pela CML do Programa 'Uma Praça em Cada Bairro' para Colina de Santana; · Que apresentem propostas para programa PRA; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Celebração de protocolos com CML e entidades locais sobre várias áreas: Desporto, Cultural, etc; · Acesso mais facilitado à População para percepção dos problemas existentes · Acesso mais facilitado para distribuição de informação; · Divulgação da informação e esclarecimento de dúvidas à população sobre a Colina de Santana; · Aumento de protocolos entre a Junta de Freguesia e entidade locais para benefício da população; · Manutenção e aumento das parcerias entre a Junta e outras entidades (públicas e privadas) para arranjos dos Espaços Verdes; 	<p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que apresentem participações de apoio à salvaguarda do Património da CS; 	<p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que apresentem participações de apoio à salvaguarda do Património da CS;

Quadro X3 –Quadro de Estratégia de Atores da Câmara Municipal de Lisboa-Departamento de Projetos Estruturantes (CML-DPE)

Actores Actores	CML- DPE	Ministério da Saúde	CHLC	AML	SCML ??	Estamo	ILobo - PUCS
Câmara Municipal de Lisboa - Departamento de Projetos Estruturantes (CML-DPE)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Analisar projetos para os hospitais da CS e diligenciar para que os 5 Pedidos de Informação Prévia (PIP's) apresentados pela Estamo tenham uma visão integrada e de conjunto na zona da Colina de Santana (CS); Coordenar os trabalhos do Programa de Ação Territorial (PAT); Trabalhar com parceiras públicas e privadas fundamentais para o processo de regeneração CS para elaboração do PAT; Apresentar à AML propostas de Áreas de Reabilitação Urbana (ARU) na CS; Promover Programa Renda Acessível (PRA); Promoção da reabilitação do edificado da CS; Requalificar o espaço público da CS; Possibilidade da CML ficar com alguns edifícios dos hospitais da CS para desenvolver actividades; Acompanhar o processo de encerramento dos hospitais tendo em atenção a população residente e entidades locais; Ponderar com Administração Central se ficará algum hospital de proximidade na CS; <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Competência de licenciamento de projetos particulares; Competência de Planeamento Urbano, que integra a decisão de elaboração do Documento Estratégico de Intervenção da CS, ou Reavaliação do PDML, ou apoio a privados na elaboração de Planos de Pormenor ou Projetos Urbanos, etc; Comissão de Acompanhamento da ARU, nos serviços da CML, para apreciação de processos de licenciamento, que inclui técnicos da DGPC; Apresentar propostas à AML das diversas áreas do processo de Regeneração para a zona da CS; Apresentar propostas de projetos de Programas Municipais: Programa de Renda Acessível, Programa Uma Praça Em Cada Bairro, etc Apresentar ao executivo propostas de intervenção para CS, com entidades públicas ou privadas,; Estabelecer protocolos com Administração Central e Local, bem como com entidades privadas sobre várias áreas integradas no processo de regeneração urbana da CS; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> O Relatório do PAT da CS nunca foi aprovado; O PAT da CS não funciona desde 2016; O Ministério da Saúde já decidiu nova abertura do Concurso de Construção do HLO, mas demora procedimentos legais deste procedimento; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Decisão de encerramento dos hospitais de uma vez ou por fases; Decisão de quais os edifícios ficaram com ligação à área da saúde; Decisão da existência de um Museu da Saúde, do seu conceito e do local; Competência para decidir em parceira com CML e /ou Estamo se cede com alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diálogo de parceria para resolução dos assuntos da área da saúde na CS; Diálogo de parceria para resolução da questão do Museu na CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Possíveis parcerias entre várias entidades públicas e privadas; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Decisão de organizar Debates abertos à população e entidades sobre a CS; Colocar à votação a Deliberação que estipula várias obrigações à CML; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Diálogo e abertura para os vários assuntos da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Possíveis parcerias entre várias entidades públicas e privadas; Diálogo de parceria entre várias entidades públicas e privadas nas questões de habitação, educação, economia local; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Empresa pública que foi criada para comprar e vender bens patrimoniais do Estado; Diálogo sobre edifícios dos Hospitais passarem para a CML; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Coordenação do Projeto Urbano da Colina de Santana, com três aspectos principais: questões patrimoniais, questões urbanísticas e questões da eficiência energética. (As questões urbanísticas foram da responsabilidade de do Atelier ILobo-PUCS) Diálogo e abertura para os vários assuntos da CS;

Quadro X4 – Quadro de Estratégia de Atores da Junta de Freguesia de Arroios (JFArroios)

Actores Actores	JFArroios	Ministério da Saúde	CHLC	AML	CML	Estamo
Junta de Freguesia de Arroios (JFArroios)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a população residente através do processo de Regeneração Urbana da Colina de Santana (CS); • Dinamizar o edifício do ex-hospital do Desterro abra com o projeto que tem, para dar dinâmica à zona; • Dinamizar o edifício do ex-hospital Miguel Bombarda através de um eventual processo de delegação de competências estabelecido com a CML; <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacta directamente com o gabinete do Ministro da Saúde e Administração do CHLC; • Celebração de protocolos com CML e entidades locais sobre várias áreas: Desporto, Cultural, etc; • Acesso mais facilitado à População; • Competência para fazer obras locais, ex: arranjos no jardim e construção de WC no Campo de Santana; obras no balneário da Academia Militar no âmbito de um protocolo de acesso às actividades desportivas pela população; obras no passeio da Rua de São Lázaro; • A Junta de Freguesia pode fazer pressão às entidades envolvidas para que os assuntos sobre CS não fiquem parados; • A Junta de Freguesia pode valorizar o território homenageando com obras de arte, esculturas, etc, pessoas ou eventos importantes para a Freguesia, dando assim a conhecer a sua própria história; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A JFArroios é a União de três freguesias desde 2013: cada uma com sua identidade (Pena, São Jorge de Arroios, Arroios); • A Colina de Santana perdeu população; • Fim das reuniões do PAT, sem justificação; • Falta de participação/interesse da população em discutir questões de interesse de todos; • O Festival TODOS não continua na CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competência para decidir em parceria com CML e /ou Estamo se cede com alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do diálogo sobre equipamentos de saúde na zona de Arroios; • Que o Hospital de São José fique como hospital de proximidade; 	<p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção do diálogo sobre equipamentos hospitalares na zona de Arroios; • Que o Hospital de São José fique como hospital de proximidade; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organização de debates públicos sobre assuntos importantes para a população; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter atenta aos assuntos de interesse comum e se necessário promover discussões públicas; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competência para permitir a reabilitação da zona; • Competência para criar Programa Municipais para trazer população à CS; • Competência para decidir em parceria com Estamo e /ou Ministério da Saúde se fica com alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a CML fique com alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda para dinamizar a zona; • Que o ex-hospital do Desterro abra e dinamize a zona, no seguimento do Protocolo assinado entre Estamo, CML e Mainside; • Que a CML delegue mais competências nas freguesias; • Que a CML promova o avanço do Programa de Renda Acessível (PRA) para a zona, que já estão previstos; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competência para decidir em parceria com CML e /ou Ministério da Saúde se cede com alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a Estamo aceite ceder alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda à CML para dinamizar a zona; • Que o ex-hospital do Desterro abra e dinamize a zona, no seguimento do Protocolo assinado entre Estamo, CML e Mainside;

Quadro X5 – Quadro de Estratégia de Atores da Direção-Geral de Património (DGPC)

Actores	DGPC	Ministério da Saúde	CHULC	CML	Estamo	ILobo-PUCS	ICOMOS	ICOM
Direção-Geral de Património (DGPC)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proteger o património através de elaboração de pareceres vinculativos; <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Parecer vinculativo nos processos licenciamento da CML através da legislação existente: Zona de Proteção, Classificação de imóveis ou conjuntos de imóveis; Comissão de Acompanhamento da ARU, nos serviços da CML, para apreciação de processos de licenciamento; Reuniões com entidades para acompanhamento dos assuntos; Solicitar a apresentação de Plano de Pormenor de Salvaguarda; A DGPC tem competência para Defesa património edificado, integrado, etc. A DGPC tem competência para classificar património a pedido de qualquer entidade ou por indicação de técnicos próprios; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> A DGPC não tem competência para salvaguardar patrimonial imaterial (documentos, registos, mobiliário, etc.) Não tem visão geral da CS; Desde 2013 que a DGPC não tem informação sobre os processos dos hospitais, nem conhecimento de novos projetos; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Responsável pela organização do sector da Saúde em Portugal Proprietária dos equipamentos de Saúde, tendo a possibilidade de decidir o que fazer com os imóveis; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manutenção do diálogo sobre todos ao aspecto da saúde na cidade Lisboa com a CML e com a Estamo; Decisão concreta sobre imóveis dos hospitais da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gere o centro hospital: administrativa, financeira e área da saúde; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manutenção do diálogo sobre obras nos hospitais da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Competência de licenciamento de projetos particulares; Competência de planeamento urbano; Apresentar propostas de projetos de programas municipais; Apresentar propostas de intervenção com entidades públicas ou privadas; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Elaboração do Plano Pormenor de Salvaguarda para a zona da CS; Manutenção do diálogo sobre os projetos para os hospitais da CS com: DGPC, Estamo, Arq. Inês Lobo 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proprietária dos imóveis, tendo legitimidade para comprar, vender, alugar, fazer permutas; Custear a elaboração dos projetos dos hospitais e respectivas alterações; Custear a elaboração de Estudos / Planos para toda a Área da CS, que integra os Hospitais com PIP's (Projeto Urbano da Colina de Santana); Decisão final na opção de quais os Documentos a apresentar à CML e DGPC (se Plano de Pormenor de Salvaguarda ou Projeto Urbano da CS); Pedir parecer à DGPC informação técnica sobre intervenções nos bens imóveis que é proprietária; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que apresentem um Plano Pormenor de Salvaguarda para a Colina de Santana, integrando os projetos para os Hospitais; Manutenção do diálogo sobre os projetos para os hospitais da CS com: DGPC, CML, Arq. Inês Lobo; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimentos técnicos para elaborar projetos de licenciamento; Conhecimentos técnicos para elaborar Projetos / Estudos Urbano; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manutenção do diálogo sobre os projetos para os hospitais da CS com: DGPC, CML, Estamo; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimentos técnicos para elaborar pareceres/informações técnicas; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manutenção do diálogo com: DGPC; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimentos técnicos para elaborar pareceres/informações técnicas; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manutenção do diálogo com: DGPC;

Quadro X6 – Quadro de Estratégia de Atores da Estamo- Participações Imobiliárias, SA (Estamo)

Actores	Estamo	Ministério da Saúde	CML	ILobo- PUCS	BSoares-PAT-Contributos
Estamo- Participações Imobiliárias, SA (Estamo)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gerir ativos imobiliários não estratégicos do Estado. Garantir o cumprimento da decisão do Estado relativamente ao uso dos hospitais do CHULC; <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proprietária dos hospitais do CHLC; Gerir as decisões com o Estado em relação aos imóveis dos hospitais do CHLC; Pode negociar diretamente com entidades privadas e públicas sobre os hospitais do CHLC; A indicação das alterações por parte das entidades competentes sobre os projetos PIP's dos hospitais foram sempre acompanhado pela CML; Quando o HLO avançar este processo volta a ser desenvolvido; Competência para decidir quais os arquitectos para cada projetos dos hospitais; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> A falta decisão final é do Ministério da Saúde em relação aos usos futuros dos hospitais; O Presidente da Estamo que acompanhou pessoalmente o processo dos hospitais da Colina de Santana (CS). Saiu da empresa em 2017 e não transmitiu muita informação aos técnicos; Estes imóveis dos hospitais não estão atualmente na agenda da empresa, porque estão ocupados pelos hospitais; Quando houve a apresentação dos projetos houve muita polémica; O único Hospital Miguel Bombarda que pode avançar, mas tem questões de edifícios classificados; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Decisão do início do processo do novo hospital; Decisão de se se mantem ou não, hospitais abertos, quais e com que competências; Decisão se revertem ou não edifícios para o Ministério da Saúde; Decisões se são alguns dos edifícios são cedidos a entidades públicas ou privadas; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que a decisão sobre o processo do HLO seja célere; Que decida quais os edifícios dos hospitais do CHLC se mantem propriedade da Estamo; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Capacidade de liderança neste processo; Tem Visão Estratégica para o Território da CS; Competência para decidir, nos termos legais, os usos que os hospitais podem ter; Coordenou todo o assunto dos PIP's e do PUCS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimentos técnicos para elaborar o Programa de Ação Territorial da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conhecimentos técnicos para elaborar o Programa de Ação Territorial da CS; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manutenção do diálogo sobre os projetos para os hospitais da CS com: DGPC, CML, Estamo;

Quadro X7 – Quadro de Estratégia de Atores do Atelier Inês Lobo Arquitetos – (Elaborou o Projeto Urbano da Colina de Santana– Estamo)

Actores Actores	ILobo-PUCS	Ministério da Saúde	CHLC	DGPC	CML	Estamo
Atelier Inês Lobo Arquitetos – (Elaborou o Projeto Urbano da Colina de Santana– Estamo)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Elaborar o Projeto Urbano para a Colina de Santana (CS) encomendado pela Estamo (com acompanhamento da CML e com concordância para não estar vinculado aos instrumentos de planeamento correntes); ·Que cada Unidade da CS¹⁴² (que representa cada grande equipamento da CS) não perca o carácter de Unidade e assim pode-se explorar novas ideias para área de cada um; ·Para os Bairros existentes na CS, que já estão consolidados, a opção foi requalificação e programas municipais concretos para cada um; ·Promover a CS como Colina do Conhecimento; <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Estudar a zona da CS e aplicar conhecimentos de arquitectura e planeamento na elaboração do Projeto Urbano; ·Possibilidade de aplicar novos conceitos ao Projeto Urbano; ·Possibilidade de pensar a cidade para 10 ou para 50 anos; ·Capacidade de apresentar projetos nos quais a decisão dos usos que os edifícios assumem é pensada em conjunto e consoante a cultura de cada comunidade; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·O Planeamento Urbano propõe cenários que atualmente estão desadequados porque são pensados para construção nova; ·A falta de investidores na zona, tanto na área científica como outras; ·Falta decisão sobre o HLO e sobre as soluções para hospitais da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Decisão concreta sobre o Hospital Lisboa Oriental (HLO), <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Que o HLO seja construído, porque os antigos estão em muito mau estado; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Tem a responsabilidade, dos arquivos dos hospitais por ser o é arrendatário/ utilizador dos imóveis dos hospitais da CS; 	<p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Manutenção de diálogo com a DGPC; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Acompanhamento da elaboração do Projeto Urbano da Colina de Santana (com objetivo não estar vinculado aos instrumentos de planeamento correntes); ·Competência para pensar a cidade estrategicamente e de uma forma planeada e estruturada na questão do urbanismo e planeamento; ·Desenvolver a requalificação dos Bairros existentes no território da CS; ·Promover protocolos com entidades locais para uso e benefício da população; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Que a CML continue com a mesma orientação de pensar a cidade, na requalificação e regeneração conjugando todas as áreas em simultâneo; ·Manutenção de parcerias, diálogo e troca de conhecimentos com o Município; ·Desenvolver Programas de proximidade adequados mas que no fim se interligassem com os projetos das Unidades da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Proprietária dos imóveis, tendo legitimidade para comprar, vender, alugar, fazer permutas; ·Custear a elaboração o Plano Urbano da Colina de Santana; ·Custear a elaboração dos projetos dos hospitais e respectivas alterações; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Manutenção de diálogo com a Estamo;

¹⁴² No Projeto Urbano da Colina de Santana (PUCS) foram identificadas 8 Unidades: U1- S. José (actual Hospital de S. José); U2- Miguel Bombarda (antigo Hospitalar Miguel Bombarda); U3-Capuchos (actual Hospital de Santo António dos Capuchos); U4-Desterro (antigo Hospital do desterro); U5- Santa Marta (actual Hospital de Santa Marta); U6 Santa Joana (actual Policia Segurança Pública); U7 Academia Militar; U8- Hospital D. Estefânia;

Quadro X8 – Quadro de Estratégia de Atores do Atelier Bruno Soares Arquitetos - (BSoares-PAT – Contributos)

Actores	BSoares-PAT – Contributos	Ministério da Saúde	ARSLVT	CHLC	AML
Atelier Bruno Soares Arquitetos - (BSoares-PAT – Contributos)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Elaborar o Programa de Ação Territorial da Colina de Santana (CS), com o pressuposto do encerramento efectivo de todos os hospitais da CS; · Conseguir consensos entre os parceiros do Programa de Ação Territorial (PAT), para as várias ações; · Elaborar os Termos de Referência para os novos PIP's dos Hospitais pertencentes ao CHULC; <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Competências técnicas para fazer o PAT devido a anteriores experiências noutros municípios; · A base inicial do Diagnóstico da CS foi elaborada a partir dos documentos da AML e CML, do PUCS, visitas e contactos com várias entidades à CS; · As ações propostas para o PAT, muitas, já estavam indicadas no PDML, passo seguinte foi dialogar e encontrar parceiros e promover compromissos entre as partes para executar as ações de todas as áreas necessárias no território da CS; · Dialogar e encontrar soluções para alterações nos PIP's; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · O PAT- Instrumento de Gestão do Território Esta figura deixou de existir no Regime Jurídico, com a alteração ao RJIGT em 2015 · O Diagnóstico elaborado mostra as tendências atualizadas da CS, com dados mais recentes e confirmados pelas visitas ao território. Estes dados são muito diferentes e com perspectivas mais positivas do que apresentadas no DEICS. Este facto pode permitir diferentes visões do que é a realidade atual local; · Complexidade na decisão das cedências obrigatórias nas áreas dos hospitais, a dúvida era se seria pela área total ou por cada hospital, porque tinha que ser ponderado e decidido englobando o edificado existentes e as reais necessidades de equipamentos para os locais; · Na figura do PAT são definidos compromissos, concertados entre as entidades, que teriam de ser executados e as entidades muitas vezes não estão disponíveis para assumir os compromissos; · Na generalidade, as entidades têm pouca noção das áreas enormes existentes em cada hospital e a sua potencialidade atendendo ao que se pode aproveitar; · A falta de decisão sobre se ficam em funcionamento alguns destes hospitais na CS, e se sim quais e com que função, para se poder planear com dados objetivos; · A falta de decisão sobre existência de Museu e em que moldes: que conceito, que localização; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Decisão de encerramento dos Hospitais do HCLC; · Decisão de reconversão de edifícios da Estamo para o Estado; · Determinação de ser o Instituto Ricardo Jorge (INSA) a criar e gerir o Museu da Saúde; · Competência para decidir em parceria com CML e /ou Estamo se cede com alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção do grupo de trabalho sobre o PAT; · Que o hospital São José fique como Museu e Centro de Arquivo e Investigação; · Que mantenha diálogo com entidades (como fez no âmbito do PAT); 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Competência para decidir em conjunto com a CML localização de equipamentos de saúde na cidade; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Conhecimento dos imóveis e património existente; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que mantenha diálogo com entidades (como fez no âmbito do PAT); 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Órgão que aprovou a Deliberação que estabelece Objetivos para Colina de Santana e a Criação do PAT;

Quadro X8 – Quadro de Estratégia de Atores do Atelier Bruno Soares Arquitetos - (BSoares-PAT – Contributos) (Continuação)

Actores Actores	CML	JFArroios	SCML	Estamo	AHGPC-CHULC
Atelier Bruno Soares Arquitetos - (BSoares-PAT – Contributos)	<p><u>Meios de Ação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Competência para criar o Grupo de Trabalho PAT-CML; · Desenvolveu trabalho no âmbito do PAT-CML; · Apoio à discussão sobre alterações aos PIP's iniciais; · Avalia e aplica os parâmetros de planeamentos e de urbanismo na alteração dos PIP's; · Competência para decidir em conjunto com a ARSLVT localização de equipamentos de saúde; · Competência para decidir aceitar edifícios dos hospitais (classificadas ou não) para desenvolver atividades; · Competência para decidir em parceria com Estamo e /ou Ministério da Saúde sobre cedência de alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda; · Competência para apresentar propostas de todas as áreas (habitação, espaço público, mobilidade, etc) <p><u>Expectativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção de parceira no desenvolvimento do PAT; · Que mantenha diálogo com entidades (como fez no âmbito do PAT); 	<p><u>Meios de Ação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Participação nas reuniões do PAT com informação local; <p><u>Expectativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção de parceira no desenvolvimento do PAT; 	<p><u>Meios de Ação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Proprietária de Imóveis no território da CS; <p><u>Expectativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção de parceira no desenvolvimento do PAT; 	<p><u>Meios de Ação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Proprietária dos edifícios dos Hospitais do CHLC; · Decisor do tipo de alterações pretendidas para os PIP's iniciais; · Acompanhar os trabalhos do Atelier BSoares nas decisões técnicas mais importantes: alterações do projetos PIP's, Cedências nas áreas dos hospitais; Definição dos Termos de Referencias para cada um dos hospitais; · Competência para decidir em parceria com CML e /ou Ministério da Saúde se cede alguns edifícios do Hospital Miguel Bombarda; <p><u>Expectativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Que consiga dinamizar o Hospital Miguel Bombarda rapidamente; · Que o hospital São José fique como Museu e Centro de Arquivo e Investigação; · Que ajude a resolver os constrangimentos para que o protocolo existente para o Hospital do Desterro avance e dinamize a zona; 	<p><u>Meios de Ação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Conhecimentos na área da saúde e do património existente nos hospitais do CHULC; <p><u>Expectativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção de contacto com o PAT;

Quadro X9 – Quadro de Estratégia de Atores da Comissão Nacional da Portuguesa do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios (ICOMOS)

Actores	ICOMOS	CML	DGPC
Comissão Nacional da Portuguesa do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios (ICOMOS)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manter a autenticidade das funções e das características arquitetónicas originais dos edifícios dos hospitais, sempre que possível; · Promover a autenticidade e a preservação do património (sempre que possível manter a função para que foi construído); · Apoiar a população sobre questões de património, através da elaboração de pareceres, sempre que lhes é solicitado; · Apoiar a elaboração de um Plano Integrado para a área da Colina de Santana, se for solicitado os seus serviços; · Acompanhar as candidaturas de eleição a Património Mundial. Lisboa tem um Candidatura 'Lisboa Cidade Histórica, Cidade Global', que integra o Hospital de São José; <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Chamar a atenção para o assunto da Colina de Santana e pressionar as entidades e a tutela através de Comunicados; · Manter diálogo com as entidades com responsabilidade sobre as várias questões da Colina de Santana; · Apoiar os Municípios ou outras entidades com os conhecimentos especializados em várias áreas que podem disponibilizar; · Fazem parte de um grupo no Centro Nacional de Cultura que faz reuniões periódicas com várias entidades para apreciação das questões do património e conhecimento do que cada entidades faz em relação aos assuntos; · Fazem parte de um grupo no DGPC que faz reuniões periódicas com várias entidades para apreciação de projetos especiais, ou seja, que tem um impacto maior nas cidades; · Após conhecimento dos assuntos, através da população ou outras entidades, podem intervir dando pareceres técnicos e contactar com entidades públicas ou privadas; · Tem competência para informar o Órgão máximo da Unesco em Paris e a Unesco questionar a Estado português; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · A atual Presidente não era Presidente do ICOMOS na altura, porque isso não acompanhou o assunto diretamente e desde que é Presidente este assunto não foi abordado; · Desconhecimento do PIP's dos hospitais; · O assunto não ser atual; · Os pareceres técnicos do ICOMOS sobre a Colina de Santana, mas não são obrigatórios, nem vinculativos; · Considera que o conceito de Reabilitação está a ser mal interpretado e mal executado; · A ICOMOS é vista como a entidade que ver parar o projetos e não como uma entidade que pode dar contributos validos porque tem e técnicos especialistas em várias áreas; · O património imóvel (arquivos) não é competência da ICOMOS, só é o património material e imaterial; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Competência para analisar os projetos PIP's da CS; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Seja aberta ao diálogo com todas as entidades sobre a Colina de Santana; · Que os Comunicados de organizações de referência, como é o caso do ICOMOS, sejam tidos em conta; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Entidade que controla o património classificado; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção do diálogo com entidades sobre a Colina de Santana; · Que os Comunicados de organizações de referência, como é o caso do ICOMOS, sejam tidos em conta;

Quadro X10 – Quadro de Estratégia de Atores da Comissão Nacional da Portuguesa do Conselho Internacional de Monumentos e Sítios (ICOM)

Actores Actores	ICOM	Ministério da Saúde	CHLC	CML	DGPC	Estamo
Comissão Nacional Portuguesa do ICOM- Internacion al Council of Museums	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Defender a implementação de um Museu (ou Núcleos Museológicos) na área da medicina na Colina de Santana (CS); Defender a preservação a coleção que existe no Museu de Arte Bruta no HMB e que continue acessível à população; Inscriver os Museus da Colina de Santana (CS) no Ministério da Cultura e no ICOM; Defender a preservação do património arquitectónico, integrado e imaterial todo o restante património dos hospitais (ex- conventos); <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Chamar a atenção para o assunto da CS e pressionar as entidades e a tutela; Comunicados para o Ministério da Cultura, Ministério da Saúde, CML; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> O atual presidente não era Presidente do ICOM na altura, porque isso não acompanhou o assunto diretamente e desde que é Presidente este assunto não foi abordado; Os núcleos museológicos dos hospitais da CS não estão inscritos no ICOM; Não conhece os projetos para os edifícios dos hospitais, nem sabe propõem algum museu; A possibilidade de já se terem perdido peças científicas e a possibilidade de se perderem ainda mais nos edifícios com funções hospitalares; O desaparecimento do património religioso das igrejas dos hospitais da CS; Receio do estigma existente nos edifícios dos hospitais permaneça, mesmo depois de alterarem os usos para habitação, hotel, etc.; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Competência para decidir se está previsto ou não um Museu na Colina de Saúde, para integrar todo o espólio dos hospitais; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que os Comunicados de organizações de referência, como é o caso do ICOM, sejam tidos em conta; Que aja decisão sobre o Museu; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usuários dos hospitais, incluindo as igrejas; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que o CHLC não permite a degradação e previna o desaparecimento de património (incluindo o religioso) enquanto arrendatários dos hospitais da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Competência para licenciar os projetos dos hospitais; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que os Comunicados de organizações de referência, como é o caso do ICOM, sejam tidos em conta; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Entidade que controla o património classificado; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Manutenção do diálogo com entidades sobre o Museu da Saúde e núcleos museológicos existentes na Colina de Santana; Que os Comunicados de organizações de referência, como é o caso do ICOM, sejam tidos em conta; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proprietários do Hospital da CS (incluído o Museu no Hospital Miguel Bombarda; etc)

Quadro X11 – Quadro de Estratégia de Atores da Administradora Hospital do Gabinete do Património Cultural do Centro Hospitalar Lisboa Central (AHGPC-CHLC)

Actores	AHGPC-CHLC	Ministério da Saúde	ARSLVT	CHLC	CML	AML
Administradora Hospital do Gabinete do Património Cultural do Centro Hospitalar Lisboa Central (AHGPC-CHLC)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Divulgar o património existente nos hospitais da Colina de Santana (CS), à população, através de visitas guiadas aos hospitais de São José, Santa Marta e Santo António dos Capuchos, de publicação de artigos e de participação em conferências; Abrir ao Público os Museus e Núcleos Museológicos existentes nos Hospitais do CHLC; Fazer percursos temáticos pela CS; Estabelecer parcerias com entidades credenciadas visando inventariar documentos, arquivos, azulejos e Núcleos Museológicos existentes nos hospitais; Estabelecer parcerias com entidades credenciadas para restauro; Estabelecer parcerias com a Academia para que alunos de arquitectura consigam estudar o edificado dos hospitais (fizeram levantamentos, trabalhos apresentaram propostas de novos usos para os hospitais); Defender a criação de uma estrutura de Património, na orgânica do CHLC por parte do Conselho de Administração (CA); Defender a manutenção de eventos pelo CHLC (jornadas de Defesa de Património, Procissões, etc); <p>Meios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Propor ao CA do CHLC a assinatura de protocolos com entidade credenciadas; Propor ao CA a criação na orgânica do CHLC de Serviço com técnicos especialistas em património; Propor ao CA do CHLC a participação num projeto para estudo das peças do Museu de Dermatologia (que entretanto foi aprovado pela FCT); Propor ao CA do CHLC aceitar os pedidos de visitas guiadas aos hospitais; A Colina de Santana é um local único e com património único da cidade; Apoiar o evento Festival TODOS; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> O Gabinete de Património Cultural tem pouca atividade e autonomia; O Museus ou Núcleos Museológicos dos Hospitais da CS estiveram fechados ao público. Espera que depois de se reformar se mantenham abertos à população; Os Conselhos de Administração do CHLC nunca tiveram preocupações com o Património existente; Nunca houve verba específica para património; A imagem negativa que os hospitais podem ter para serem espaços visitáveis; O Ministério da Saúde não ter a Carta da Saúde com informação das necessidades da população de Lisboa, para justificar tanto o novo hospital, como o encerramento dos hospitais da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Decisão de encerramento dos Hospitais; Decidir se o encerramento é total ou parcial dos vários hospitais do HCLC; Decisão se o encerramento dos hospitais é de uma vez ou por fases; Decisão da existência de um Museu da Saúde, do seu conceito e do local; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Decisões concretas sobre o que vai acontecer aos Hospitais do CHLC; Que seja apresentado o Estudo que levou à decisão de encerramento e à necessidade de construção de um novo hospital em Lisboa, com as necessidades da população; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Competência para elaborar e/ou apresentar o Estudo que levou à decisão de encerramento e à necessidade de construção de um novo hospital em Lisboa, com as necessidades da população; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que seja apresentado o Estudo que levou à decisão de encerramento e à necessidade de construção de um novo hospital em Lisboa, com as necessidades da população; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Arrendatários dos hospitais do CHLC e responsáveis pela sua manutenção; Podem decidir manter ou não as visitas guiadas aos Hospitais do CHLC; Podem decidir manter aberto ou não os Núcleos Museológicos; Podem decidir transferir dinheiro para área do património; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que o CHLC acrescente na sua estrutura orgânica um serviço de património com verba atribuída; Que o CA e os trabalhadores conheçam efectivamente o património que existe no CHLC; Que os Núcleos Museológicos se mantenham sempre abertos ao público; Que decidam o que fazer a estes Núcleos depois do encerramento; Que decidam o que fazer a todo o património móvel e imóvel; existentes no CHLC; Que planeiem a deslocalização para HLO com tempo e com ajuda de técnicos da área de património; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Competência para analisar os PIP's dos hospitais da CS; Apresentação dos projetos PIP's da Hospitais da CS; Decidir que o Festival TODOS fosse para a CS; Elaboração do Documento Estratégico de Intervenção da CS (DEICS); Competência para planear o território; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> Que executem o que vem referido no DEICS; Que a CML proteja o património imóvel e móvel; Que a CML não permita muita construção nova nas áreas dos hospitais da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover debates sobre assuntos de interesse geral;

Quadro X11 – Quadro de Estratégia de Atores da Administradora Hospital do Gabinete do Património Cultural do Centro Hospitalar Lisboa Central (AHGPC-CHLC) (Cont.)

Actores	JFArroios	DGPC	SCML	Estamo	ILobo-PUCS	BSoares-PAT-Contributos	ICOMOS	ICOM	Igreja do Hospital St. António dos Capuchos
Administradora Hospital do Gabinete do Património Cultural do Centro Hospitalar Lisboa Central (AHGPC-CHLC)	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Apoio eventos do CHLC; · Promove eventos; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção de diálogo com entidades públicas e privadas sobre território CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Entidade que controla o património classificado; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que aja maior preocupação na defesa do património que a DGPC já conhece, mesmo que não seja classificado, por ex: a igreja do Hospital de Santa Marta e a igreja do Hospital dos Capuchos; · Que a DGPC proponha classificação de património, quando tem conhecimento dele; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Proprietária dos imóveis no território da CS; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção de diálogo com entidades públicas e privadas sobre território CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Proprietária dos edifícios dos Hospitais do CHLC; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que não tenha uma visão tão financeira do património dos Hospitais do CHLC; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Elaborou o PUCS; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que consiga ter uma visão mais ampla do que a disciplina da arquitectura em relação ao património dos hospitais da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Conhecimento de Planeamento e Arquitectura para elaboração do documento sobre a CS; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Mantenham o interesse demonstrado no património e território da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que apresentem Comunicados de apoio à salvaguarda do Património da CS; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Mantenham o interesse demonstrado no património e território da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que apresentem Comunicados de apoio à salvaguarda do Património da CS; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Mantenham o interesse demonstrado no património e território da CS; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Acompanhamento dos doentes e dos seus familiares; · Conhecimento da população local que participa nas missas; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção das parcerias para eventos conjuntos;

Quadro X12– Quadro de Estratégia de Atores do Patriarcado de Lisboa (Patriarcado Lx.) - Igreja do Hospital de Santo António dos Capuchos

Actores	Igreja do Hospital St. António dos Capuchos	CML	JFArroios	AHGPC-CHULC
Patriarcado de Lisboa - Igreja do Hospital de Santo António dos Capuchos; (Igreja do hospital de St. António dos Capuchos)	<p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Apoiar os doentes internados no hospital St. António dos Capuchos e as suas famílias; · Organizar a mudança para novo hospital com os voluntários; <p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Relação de proximidade com os doentes, famílias e população residente; · Relacionamento institucional com a administração do CHULC; <p>Obstáculos:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Pouca informação sobre o processo de mudança. 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Parceiro de eventos; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que o município mantenha os apoios aos eventos organizados pela igreja St. António dos Capuchos; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Parceiro de eventos; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Que a Freguesia mantenha os apoios aos eventos organizados pela igreja St. António dos Capuchos; 	<p>Meios de Ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Conhecimento na área de saúde e patrimonial; <p>Expectativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Manutenção das parceiras para eventos conjuntos;

Anexo 16 – Relação entre Desafios / Objectivos / Variáveis – Motricidade /Dependência do sistema indirecto

Relação entre Desafios / Objectivos / Variáveis – motricidade / dependência dos Sistema Indireto

	Desafios Estratégicos	Objetivos Estratégicos	Variáveis	Motricidade / Dependência Indireta do Sistema	
				Atual	Pontencial
Processo de Regeneração Urbana da Colina de Santana	Processo de Encerramento dos Hospitais do CHULC	Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC;	1:Encerramento das instalações hospitalares na C.S.	Pm	M
			27: Decisões políticas concretas a favor do encerramento dos hospitais	M	M
			28: Resultado da análise do Grupo de Técnico para a Reforma Hospitalar	P	P
		Organizar e acompanhar o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC;	29: Medidas governamentais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	Dp	M
			30: Medidas municipais para a zona da C.S. após o encerramento dos hospitais	Dp	M
	Promover o processo de Regeneração Urbana da CS	Desenvolver Planos e Projetos Estratégicos de Espaço Público, Habitação, Equipamentos, Acessibilidades, Saúde, etc	5: Degradação do Espaço Público envolvente aos hospitais na C.S.	P	Pm
			6: Degradação do edificado da zona envolvente aos hospitais da C.S.	P	Pm
			7: Degradação das instalações dos hospitais encerrados da C.S. (P)	P	P
			19: Alteração total das funções/ usos dos hospitais (P)	Excluída	P
			20: Alteração parcial das funções/ usos dos hospitais (p)	D	Pd
		Promover ações para aumento de população na CS (residente e temporário), equipamentos de saúde e educação, acessibilidade, dinamização social, económica e cultural a CS	2: População envelhecida actual residente na C.S.	Excluída	Excluída
			3: Aumento da distância para acesso a serviços de saúde (exterior à C.S.)	Excluída	P
			4: Diminuição da economia local promovida pela actividade hospitalar	P	P
			8: Dificuldade de acesso à Colina de Santana: pedonal, transporte público, transporte privado	Pm	Pm
			9: Diminuição do emprego nas instalações hospitalares da C.S.	P	P
			10: Construção de novas áreas de habitação, comércio, hotelaria (P)	D	Dp
			11: Construção de meios mecânicos para acessos facilitado à C.S. (elevadores, escadas rolantes, ...), aumento de esta	D	D
			12: Aumento de equipamentos de educação na C.S. (P)	D	Pd
			13: Criação de novos centros de atendimento médico na C.S. (P)	D	Pd
			14: Aumento da população residente na C.S. (P)	D	Pd
			15: Criação de novos empregos na C.S. (P)	D	D
			16: Aumento na C.S. de visitantes / de estudantes / turistas (P)	D	D
		Fomentar interações entre atores para dinamizar o território e proteger o património da CS	31: Desenvolvimento do PAT- Programa de Ação Territorial para a Colina de Santana	Dp	M
	Gerir o Património e os Recursos edificados dos Hospitais da CS	Promover ações para preservação do património edificado dos Hospitais da CS	17: Preservação da totalidade do edificado dos hospitais (P)	D	P
			18: Preservação do edificado patrimonial dos hospitais (P)	D	P
			26: Preservação das igrejas inseridas nos hospitais da C.S. e manutenção do culto religioso (P)	D	P
		Promover ações para preservação do património material e imaterial dos Hospitais da CS	21: Preservação do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	D	Pd
			22: Arquivo único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	D	Pd
		Promover a qualificação para aumentar a divulgação do património existentes nos hospitais e no território da CS	23: Exposição organizada em local único do património imaterial existente nos vários hospitais (P)	D	Pd
			24: Criação de um Museu da Saúde no Hospital dos Capuchos	Excluída	P
			25: Criação de documento escrito ou outro para memória posterior da "Colina da Saúde" (P)	D	P

legenda:	
M	Variável Motriz
P	Variável Pelotão
L	Variável de Ligação
D	Variável Dependente
Pm	Var.Pelotão a tender para Var. Motriz
Pd	Var.Pelotão a tender para Var. Depedente
Dp	Var.Dependente a tender para Var.Pelotão

Anexo 17 – Matriz das Relações Diretas entre Atores (MAD)

		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12		
		CHULC	AML	CML-DPE	JFArroios	DCPC	Estamo	ILobo-PUCS	BSoares-PAT	ICOMOS	ICOM	AHGPC-CHLC	Igreja Hosp. St.Ant. Capuchos	MS	ARSLVT
A1	CHULC	0	0	2	1	1	2	1	1	0	0	3	2	2	2
A2	AML	0	0	3	2	0	2	0	1	1	1	0	0	1	1
A3	CML-DPE	3	2	0	3	2	3	3	3	0	0	0	0	2	2
A4	JFArroios	1	2	2	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
A5	DCPC	3	0	3	0	0	3	1	0	1	1	0	0	0	0
A6	Estamo	3	1	2	0	1	0	3	3	0	0	0	3	2	0
A7	ILobo-PUCS	1	0	1	0	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0
A8	BSoares-PAT	1	1	2	1	0	2	0	0	0	0	1	0	1**	0
A9	ICOMOS	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
A10	ICOM	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A11	AHGPC-CHLC	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1**	0
A12	Igreja Hosp. St.Ant.Capuchos	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	MS*	3	0	2	1	0	3	0	2**	0	0	3**	0	0	1
	ARSLVT*	3	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0

* Os atores MS e ARSLVT não concederam entrevista, a informação aplicada advem das competências conhecidas publicamente.

** Os meios de ação do MS para com os dois atores: BSoares-PAT Contributos e AHGPC-CHULC refere-se ao acompanhamento da criação/ gestão de um Museu da Saúde, competência transferida pelo MS para INSA.

Legenda:

0	sem relação
1	colaboração Pontual
2	Parceria em alguns projetos
3	o ator põe em causa projetos estruturantes do outro ator.

Anexo 18 – Matriz Atores vs Objetivos - input - posições simples (1 MAO)

	O	O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7	O8	
A	Objetivos	Decidir o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC;	Organizar e acompanhar o processo de encerramento dos Hospitais da CHULC;	Desenvolver Planos e Projetos Estratégicos de Espaço Público, Habitação, Equipamentos, Acessibilidades, Saúde, etc. na CS	Promover ações para aumento de população na CS (residente e temporário), equipamentos de saúde e educação, acessibilidade,	Fomentar interações entre atores para dinamizar o território e proteger o património da CS	Promover ações para preservação do património edificado dos Hospitais da CS	Promover ações para preservação do património material e imaterial dos Hospitais da CS	Promover a qualificação para aumentar a divulgação do património existente nos hospitais e no território da CS	
	Atores									
	1 CHULC	1	1	0	0	1	1	1	1	6
	2 AML	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	3 CML-DPE	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	4 JFArroios	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	5 DCPC	0	1	1	0	0	1	1	0	4
	6 Estamo	1	0	1	1	1	1	1	0	6
	7 ILobo-PUCS	1	0	1	1	0	1	1	0	5
	8 BSoares-PAT-Contributos	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	9 ICOMOS	-1	0	0	0	0	1	1	1	2
	10 ICOM	0	0	0	0	0	1	1	1	3
	11 AHGPC-CHLC	-1	1	0	0	1	1	1	1	4
	12 Patriarcado Lx (Igreja Hosp.	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	MS*	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ARSLVT*	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		5	8	7	6	7	11	11	8	

* Os atores MS e ARSLVT não concederam entrevista por isso não temos informação sobre os Objetivos.

Legenda:

-1	contra o objetivo
0	não tem nada a ver com o objetivo
1	a favor do objetivo

Anexo 19: Matriz de Relações Diretas e Indiretas entre Atores (MADI)

	CHULC	AML	CML-DPE	JFarroios	DCPC	Estamo	ILobo-PUCS	BSoares-PAT	ICOMOS	ICOM	AHGPC-CHLC	Igreja Hosp. St.Ant. Capuchos	MS	ARSLVT
CHULC	16	6	12	6	5	9	7	9	1	1	9	5	10	5
AML	9	7	10	7	5	7	5	8	1	1	4	2	8	4
CML-DPE	15	7	17	8	5	15	8	11	2	2	8	5	10	6
JFarroios	6	5	7	8	3	7	4	7	1	1	4	2	7	5
DCPC	10	3	8	4	7	9	8	7	1	1	5	5	6	4
Estamo	12	4	11	6	5	12	7	9	2	2	8	5	8	6
ILobo-PUCS	6	2	5	3	4	5	6	5	1	1	2	4	5	2
BSoares-PAT	8	5	8	7	4	7	6	9	1	1	4	4	9	5
ICOMOS	2	0	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0
ICOM	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0
AHGPC-CHLC	7	2	6	4	2	5	2	4	0	0	7	3	5	3
Igreja Hosp. St.Ant. Capuchos	3	0	2	2	1	2	2	2	0	0	3	3	3	2
MS	13	6	10	6	4	9	7	10	0	0	8	6	10	5
ARSLVT	6	3	6	5	3	6	3	5	1	1	4	2	6	6

Anexo 20: Índice de Relações de Forças (R_i^*)

ÍNDICE DE RELAÇÕES DE FORÇA (R_i^*)	
CML-DPE	1,81
AML	1,57
DGPC	1,57
MSaúde	1,51
Estamo	1,45
CHULC	1,26
BSoares-PA	1,11
JFArroios	1
ARSLVT	0,92
ILobo-PUCS	0,65
AHGPC-CHLC	0,59
ICOMOS	0,25
Patriarcado	0,25
ICOM	0,07